

PERUSTEETTOMAN MONILÄÄKITYKSEN JA LÄÄKITYSONGELMIEN JUURISYYT IÄKKÄILLÄ KOTIHOIDON ASIAKKAILLA

Maaria Luoma
Pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto
Farmasian tiedekunta
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Kliinisen farmasian ryhmä
Sosiaalfarmasia
Toukokuu 2018



| | | |
|---|--|--|
| Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Farmasian tiedekunta | | Osasto/Sektion– Department Farmakologian ja lääkehoidon osasto, kliinisen farmasian ryhmä |
| Tekijä/Författare – Author Maaria Luoma | | |
| Työn nimi / Arbetets titel – Title Perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien juurisyyt iäkkäillä kotihoidon asiakkaila | | |
| Oppiaine /Läroämne – Subject Sosiaalfarmasia | | |
| Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma | Aika/Datum – Month and year Toukokuu 2018 | Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 104 sivua + 8 liitettä (10 sivua) |
| Tiivistelmä/Referat – Abstract <p>Perusteettomassa monilääkityksessä potilaalla on käytössään enemmän lääkkeitä kuin olisi tarkoituksenmukaista. Paljon lääkkeitä ja terveydenhuollon palveluja käyttävät monisairaajat iäkkäät ovat erityisen alttiita iatrogeneesille, jolla tarkoitetaan terveydellisen haitan ilmenemistä terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan seurauksena. Ikääntymiseen liittyvät geriatriset syndroomat (esim. kaatuilu, sekavuus ja virtsainkontinenssi) ovat moniin elinjärjestelmiin liittyviä kliinisiä tiloja ja oireita, joita ei voida yhdistää tiettyyn yksittäiseen sairauteen. Geriatriset syndroomat vaikeuttavat lääkkeiden aiheuttamien haittavaikutusten tunnistamista iäkkäillä. Tämä lisää riskiä iatrogeniseen lääkehoitoon, jossa lääkkeen aiheuttamia haittavaikutuksia hoidetaan uusilla lääkkeillä.</p> <p>Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkittiin retrospektiivisesti riskienhallinnan näkökulmasta iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla olevia juurisyyt. Tutkimusmenetelmä perustui juurisyyanalyysiin, jota oli yksinkertaistettu tähän tutkimukseen soveltuvaksi. Tutkimusaineisto perustui Lohjan kaupungin kotihoidossa vuosina 2015–2017 tehtyyn interventiotutkimukseen, jossa kehitettiin koordinoitu moniammatillinen toimintamalli niiden iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden tunnistamiseksi, joilla oli hoidollisesti merkittäviä ongelmia lääkehoidossaan. Aineistona käytettiin niitä viittä (n=5) asiakasta, joiden lääkitysongelmien ratkaisemiseksi tehtiin interventiotutkimuksessa lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA). Tutkimusaineisto muodostui näille asiakkaille lääkehoidon kokonaisarviointiin liittyneen kotikäynnin yhteydessä tehdyistä haastatteluilta, heidän hoitoonsa osallistuneiden kotihoidon sairaanhoitajien (n=3) ja terveyskeskuslääkäreiden (n=2) yksilöhaastatteluilta sekä potilas-asiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä. Hoitajien ja lääkäreiden haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sekä analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa otettiin huomioon juurisyyanalyysin periaatteita.</p> <p>Lääkäreiden ja sairaanhoitajien mukaan keskeisiä hoidollisesti merkittäviä lääkehoidon ongelmia iäkkäillä kotihoidon asiakkaila ovat useat lääkkeitä määräävät hoitotahot, useat käytössä olevat lääkkeet, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden lisääntynyt käyttö, terveydenhuollon ammattilaisten epätietoisuus asiakkaan lääkityksestä sekä asiakkaiden kipu- ja uniongelmat ja niiden lääkkeellinen hoito. Muita keskeisiä terveydenhuoltojärjestelmään liittyviä ongelmia ovat useat hoitavat lääkärit, lääkitykseen liittyvä epäselvä kirjaaminen potilastietojärjestelmään, bentsodiatsepiinien ja muiden psyykenlääkkeiden käyttö sekä munuaistoiminnan huomiotta jättäminen lääkkeiden annostelussa. Asiakkaaseen liittyvinä ongelmina pidettiin asiakkaan kiintymystä lääkkeisiin, muutostavastaisuutta sekä halua huolehtia itse omasta lääkityksestään. Myös asiakkaiden muistiongelmat ja huimaus mainittiin lääkehoidon liittyvinä ongelmina. Perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla havaittiin seitsemän juurisyyt: terveydenhuollon resurssien puute, hoidon jakautuminen eri terveydenhuollon toimijoiden kesken, terveydenhuollon ammattilaisten erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet, epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä, haasteet hoidon eri osapuolten välisessä viestinnässä, potilastietojärjestelmien epäyhtenäisyys ja käyttöön liittyvät ongelmat sekä kotihoidon asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne.</p> <p>Tutkimuksen perusteella iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa tulisi parantaa pyrkimällä keskittämään asiakkaan hoito yhdelle lääkearille joko yksityisen tai julkisen terveydenhuollon puolella. Kotihoidossa on tarvetta lääkkeisiin liittyvälle lisäkoulutukselle ja farmasian ammattilaisten tulisi osallistua kotihoidon asiakkaiden lääkitysten säännöllisiin arviointeihin. Potilastietojärjestelmien toimintaa ja keskinäistä tiedonsiirtoa tulisi parantaa ja lääkitykseen liittyvien kirjausten tulisi olla täsmällisempiä. Kotihoidon ja terveyskeskuksen välistä yhteistyötä ja yhteydenpitoa tulisi kehittää ja vastuunjakoa kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa selkeyttää. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa osallistumista hoitoon tulisi edistää. Lisäksi geriatrian erikoisosaamista tulisi hyödyntää paremmin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoidossa.</p> | | |
| Avainsanat – Nyckelord – Keywords Perusteeton monilääkitys, iatrogeneesi, iatrogeninen lääkehoito, lääkitysongelma, sovellettu juurisyyanalyysi, kotihoito, ikääntynyt | | |
| Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Farmakologian ja lääkehoidon osasto, kliinisen farmasian ryhmä | | |
| Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Ohjaajat: proviisori (LHKA-erityispätevyys), tohtorikoulutettava Terhi Toivo, Helsingin yliopisto; kliinisen lääkehoidon dosentti (lääkärin kouluttajan erityispätevyys), neurologian osastonylilääkäri, LT Juha Puustinen, Helsingin yliopisto, Satakunnan sairaanhoitopiiri; professori, FaT Marja Airaksinen, Helsingin yliopisto | | |



| | | | |
|---|--|---|--|
| Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Pharmacy | | Osasto/Sektion– Department Division of Pharmacology and Pharmacotherapy, Clinical pharmacy | |
| Tekijä/Författare – Author Maaria Luoma | | | |
| Työn nimi / Arbetets titel – Title The Root Causes for Inappropriate Polypharmacy and Drug-Related Problems with Home-Dwelling Aged | | | |
| Oppiaine /Läroämne – Subject Social pharmacy | | | |
| Työn laji/Arbetets art – Level Master's thesis | | Aika/Datum – Month and year May 2018 | Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 104 pages +8 appendices (10 pages) |
| Tiivistelmä/Referat – Abstract <p>Inappropriate polypharmacy refers to a situation where more than appropriate amount of medicines are used by a patient. Aged people with multiple morbidities and medications use a lot of health care services and are thus especially vulnerable to iatrogenesis, the health hazards resulting from the acts of a health care system. As a part of normal ageing, geriatric syndromes (e.g. falls, delirium and urinary incontinence) are clinical conditions and symptoms crossing several organ systems and they cannot be connected to a certain individual disease. Geriatric syndromes complicate recognition of adverse drug reactions on aged. This increases the risk of prescribing cascade, where medicines are prescribed to treat adverse drug reactions caused by another medicine.</p> <p>In this master's thesis the root causes for inappropriate polypharmacy and drug-related problems (DRP) with home-dwelling aged were researched retrospectively from the viewpoint of risk management. Research method was based on root cause analysis (RCA) that was simplified suitable for this research. Research material was based on an intervention research conducted in 2015–2017 on home-dwelling aged receiving regular home care from the City of Lohja, Finland. In the intervention research, a coordinated community-based medication management model for home-dwelling aged in primary care was developed to identify home-dwelling aged with clinically significant drug-related problems. As research material, there were five (n=5) patient cases used who received comprehensive medication review (CMR) in the intervention research to solve their drug-related problems. The research material composed of individual patient interviews conducted at patients' homes as a part of their CMR visits. Also, the nurses (n=3) of home care and physicians (n=2) from local health centres having participated in the treatment of the home-dwelling aged in question, were interviewed individually. Markings made in the patient records were utilized as well as research material. The interviews of the nurses and physicians were recorded, transcribed and analysed with inductive content analysis considering principles of root cause analysis.</p> <p>According to the nurses and physicians, central clinically significant medication-related problems with home-dwelling aged are various prescribing care parties, multiple medications, the increased use of over-the-counter (OTC) medicines and natural products, the uncertainty of health care professionals of the medication of a home-dwelling aged as well as the occurrence and medication of pain and sleeping disorders with aged. Other essential problems related to the health care system are various attending physicians, obscurely recorded medication data in patient record system, the use of benzodiazepines and other psychopharmaceuticals and ignored renal function in medicine dose adjustment. Problems related to home-dwelling aged are attachment for medicines, resistance to change and desire to take care of their own medication. In addition, memory disorders and vertigo were mentioned as problems related to the medication of aged. Seven root causes for inappropriate polypharmacy and drug-related problems were observed: lack of health care resources, segmented treatment between various health care parties, varying skills and knowledge of health care professionals, ambiguous division of responsibilities between health care professionals, challenges in communication between different care parties, the heterogeneity of patient record systems and problems related to their use as well as the knowledge, opinions and personal situation of a home-dwelling aged.</p> <p>Based on the research, the medication of home-dwelling aged should be improved by striving for centralizing care in one physician either on private or public health care. Among home care nursing personnel there is a need for additional training on medications and pharmacists should participate in regular medication reviews for home-dwelling aged. Patient record systems and data transmission between them should be improved and medication data should be recorded more precisely. Cooperation and communication between home care and health centre should be developed and the division of responsibilities should be clarified. Participation of the home-dwelling aged and their relatives in the care should be promoted. Furthermore, geriatric expertise should be utilized better in the care of the home-dwelling aged.</p> | | | |
| Avainsanat – Nyckelord – Keywords Inappropriate Polypharmacy, Iatrogenesis, Prescribing Cascade, Drug-Related Problem (DRP), Applied Root Cause Analysis (RCA), Home Care, Aged | | | |
| Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Division of Pharmacology and Pharmacotherapy, Clinical pharmacy | | | |
| Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Supervisors: MSc (Pharm) (Special Competence in Comprehensive Medication Review), PhD student Terhi Toivo, University of Helsinki; Docent in Clinical Pharmacotherapy, Head of Section (Neurology) (Special Competence in Medical Education), MD, PhD, Juha Puustinen, University of Helsinki, Hospital District of Satakunta; Professor, PhD (Pharm) Marja Airaksinen, University of Helsinki | | | |

KESKEISET KÄSITTEET

Farmasisti (pharmacist)

Farmasistilla tarkoitetaan farmaseutin tai proviisorin tutkinnon suorittanutta laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä.

Geriatriset syndroomat (geriatric syndromes)

Geriatrisilla syndroomilla tarkoitetaan iäkkäillä esiintyviä moniin elinjärjestelmiin liittyviä klinisiä tiloja ja oireita, joita ei voida yhdistää tiettyyn yksittäiseen sairauteen (Inouye ym. 2007). Esimerkkejä geriatrisista syndroomista ovat kaatuilu, sekavuus ja virtsainkontinenssi.

Haittavaikutus (adverse effect (of medical care), adverse reaction)

Hoitomenetelmästä aiheutuva haitallinen ja tahaton vaikutus sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen tai hoitoon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä. Samaa tarkoittavia sanoja voivat olla esimerkiksi sivuvaikutus tai komplikaatio (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006).

Iatrogeeninen lääkehoito (prescribing cascade, iatrogenic prescribing)

Iatrogeenisella lääkehoidolla tarkoitetaan hoidosta aiheutuvaa lääkehoitoa, jossa lääkkeestä aiheutuvia vaikutuksia hoidetaan toisella lääkkeellä (Rochon ja Gurwitz 1997; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006).

Iatrogeneesi (iatrogenesis)

Iatrogeneesi voidaan ymmärtää sairaudentilojen ilmenemisenä lääkärin, tai laajemmin ajateltuna terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan seurauksena (Illich 1976; Steel ja Rittgers 2007).

Iäkäs (aged)

Iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumi-

sen seurauksena (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012 § 3). Tässä tutkielmassa iäkkäällä tarkoitetaan vähintään 65-vuotiasta henkilöä.

Juurisyy (root cause)

Juurisyy on prosessin epäonnistumisen tai poikkeavuuden taustalla oleva perimmäisin syy (The Joint Commission 2015).

Kotihoito (home care)

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostamaa kokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 20). Kotipalveluun luetaan jokapäiväiseen elämään sisältyvissä tehtävissä avustaminen ja niiden suorittaminen asiakkaan puolesta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 19). Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kunnan järjestämää hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä moniammatillista terveyden- ja sairaanhoidon palvelua potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 25).

Lääkehoidon kokonaisarviointi, LHKA (clinical medication review, comprehensive medication review, CMR)

Lääkehoidon kokonaisarvioinnissa erityispätevöitynyt farmaseutti tai proviisori arvioi potilaan lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden ottaen huomioon potilaan sairaudet ja terveydentilan (Leikola ym. 2012; Työryhmä apteekkien ammatillisen toiminnan edistämiseksi (AATE) 2017). Arvioinnin perusteella ratkaistaan lääkehoidon kokonaisuuteen ja terveydentilaan liittyviä hoidollisesti merkittäviä ongelmia yhteistyössä hoitavan lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Arviointi sisältää lääkärin vahvistamat tarvittavat korjaustoimenpiteet lääkehoitoon tai lääkärin vahvistuksen korjaustoimenpiteiden tarpeettomuudesta. Lisäksi arviointi sisältää suunnitelman lääkitysmuutosten seuranta varten.

Lääkityksen vähentäminen (deprescribing)

Terveydenhuollon ammattilaisen valvonnassa tehtävä lääkityksen vähentäminen tai lopettaminen, minkä tarkoituksena on hillitä monilääkitystä ja parantaa potilaan hoitoa (Farrell ym. 2015; Reeve ym. 2015).

Lääkitysongelma (drug-related problem, DRP)

Lääkitysongelmalla tarkoitetaan lääkehoitoon liittyvää tapahtumaa tai olosuhdetta, joka haittaa tai saattaa haitata lääkehoidon toteutumista toivotulla tavalla (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation 2010).

Lääkkeen määrääjä (prescriber, clinician)

Potilaalle (lääkkeen käyttäjä) lääkkeitä määräävä terveydenhuollon ammattilainen, kuten lääkäri, sairaanhoitaja tai farmasisti.

Monilääkitys (polypharmacy)

Monilääkitys tarkoittaa yleensä useamman kuin viiden lääkkeen yhtäaikaista käyttöä (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006). Monilääkitys voi olla tarkoituksenmukaista tai tarpeetonta. Tarpeettomalla tai perusteettomalla monilääkityksellä tarkoitetaan useamman lääkkeen käyttöä kuin olisi potilaalle tarkoituksenmukaista. Käytössä olevien lääkkeiden määrän kasvaessa lisääntyvät myös lääkkeistä aiheutuvat haitta- ja yhteisvaikutukset, joita tarpeettomassa monilääkityksessä hoidetaan usein uusilla lääkkeillä.

Riskienhallinta (risk management)

Kliinisten ja hallinnollisten toimenpiteiden suorittaminen, minkä tarkoituksena on tunnistaa, arvioida ja vähentää potilaille, henkilökunnalle, vierailijoille tai organisaatiolle aiheutuvan haitan riskiä (Council of Europe 2006).

Sivuvaikutus (side-effect)

Mikä tahansa tahaton lääkevalmisteen aiheuttama vaikutus, joka ilmenee normaaleilla annoksilla ja joka liittyy lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin (WHO 2002). Haitallisen ilmiön yhteydessä puhutaan haittavaikutuksesta.

Terveydenhuollon ammattihenkilö (health care professional)

Tässä tutkielmassa terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan kotihoidon asiakkaan hoitoon osallistuvia hoitajia ja lääkäreitä, asiayhteydestä riippuen myös farmasisteja.

Varauksin soveltuva lääkitys (potentially inappropriate medication, PIM)

Lääkitys on varauksin soveltuva, jos sen tehosta ei ole varmuutta, sillä on epäedullinen hyöty-riskisuhde tai sille on olemassa turvallisempia vaihtoehtoja (Beers ym. 1991; American Geriatrics Society 2015; Dimitrow 2016). Varauksin soveltuvien lääkkeiden käyttö iäkkäillä edellyttää pienempiä lääkannoksia, varovaisuutta tai hoidon huolellista seurantaa. Näistä iäkkäillä harkiten käytettävistä lääkkeistä voidaan käyttää myös termiä ”iäkkäiden hoidossa vältettävä lääke” (Kivelä ja Räihä 2007).

LYHENTEET

| | |
|------|--------------------------------------|
| LHKA | lääkehoidon kokonaisarviointi |
| PIM | potentially inappropriate medication |
| RCA | root cause analysis |
| WHO | World Health Organization |

Sisällysluettelo

| | |
|---|----|
| I KIRJALLISUUSOSA | 1 |
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 IÄKKÄIDEN LÄÄKEHOIDON HAASTEITA | 3 |
| 2.1 Iatrogenesi | 3 |
| 2.1.1 Määritelmä | 3 |
| 2.1.2 Iatrogeeninen lääkehoito | 4 |
| 2.2 Monilääkitys | 4 |
| 2.2.1 Määritelmä ja yleisyys | 4 |
| 2.2.2 Tarkoituksenmukainen ja perusteeton monilääkitys..... | 6 |
| 2.3 Geriatriset syndroomat..... | 7 |
| 2.3.1 Määritelmä | 7 |
| 2.3.2 Esimerkkejä geriatrisista syndroomista | 7 |
| 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS | 8 |
| 3.1 Inhimillisen erehdyksen teoria..... | 8 |
| 3.2. Juurisyyt ja juurisyyanalyysi | 10 |
| 4 PERUSTEETTOMAN MONILÄÄKITYKSEN JA IATROGENEESIN RISKITEKIJÖITÄ SEKÄ KEINOJA NIIDEN EHKÄISEMISEKSI..... | 11 |
| 4.1 Terveystenhuoltojärjestelmän toimintaan liittyviä tekijöitä | 12 |
| 4.1.1 Terveystenhuollon toimintaympäristö..... | 13 |
| 4.1.2 Terveystenhuollon ammattilaisten tiedot, taidot ja kyvykkyys | 16 |
| 4.1.3 Terveystenhuollon ammattilaisten asenteet, itseluottamus ja käsitykset | 17 |
| 4.2 Lääkkeen käyttäjään liittyviä tekijöitä | 18 |
| 4.2.1 Lääkkeen lopettamista hankaloittavia tekijöitä..... | 19 |
| 4.2.2 Lääkkeen lopettamista edesauttavia tekijöitä | 21 |
| 4.3 Perusteettomaan monilääkitykseen ja iatrogeneesiin yhteydessä olevia lääkeryhmiä..... | 22 |
| 4.3.1 Antikoliiniesteraasit | 22 |
| 4.3.2 Bentsodiatsepiinit..... | 23 |
| 4.3.3 Opioidit | 25 |
| 4.3.4 Psykoosilääkkeet..... | 27 |
| 4.3.5 Tulehduskipulääkkeet | 29 |
| 4.3.6 Protonipumpun estäjät | 30 |
| 4.3.7 Verenpainelääkkeet..... | 31 |

| | |
|--|----|
| 4.4 Keinoja perusteettoman monilääkityksen ja iatrogeneesin ehkäisemiseksi | 33 |
| II TUTKIMUSOSA | 34 |
| 5 TAVOITTEET | 34 |
| 6 AINEISTO JA MENETELMÄT | 35 |
| 6.1 Aineisto | 36 |
| 6.1.1 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit | 36 |
| 6.1.2 Kotihoidon asiakkaiden yksilöhaastattelut | 37 |
| 6.1.3 Terveysthuoltohenkilöstön yksilöhaastattelut | 37 |
| 6.2 Aineiston käsittely ja analyysi | 38 |
| 6.2.1 Induktiivinen sisällönanalyysi | 39 |
| 6.2.2 Sovellettu juurisyyanalyysi | 39 |
| 6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luvat | 40 |
| 7 TULOKSET | 41 |
| 7.1 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit | 41 |
| 7.2 Kotihoidon asiakkaiden yksilöhaastattelut | 42 |
| 7.3 Terveysthuoltohenkilöstön yksilöhaastattelut | 43 |
| 7.4 Keskeisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat | 44 |
| 7.5 Terveysthuollon resurssien puute | 45 |
| 7.5.1 Kotihoidon asiakkaiden eriarvoisuus lääkäripalvelujen järjestämisessä | 45 |
| 7.5.2 Lääkäreiden vaihtelevat mahdollisuudet lääkitysten tarkistamiseen | 47 |
| 7.5.3 Hoitopäätösten tekeminen kotihoidon asiakasta tapaamatta | 48 |
| 7.6 Hoidon jakautuminen eri terveysthuollon toimijoiden kesken | 49 |
| 7.6.1 Julkisten ja yksityisten terveysthuoltopalvelujen käyttäminen | 49 |
| 7.6.2 Vaihtuva hoitohenkilökunta ja useat hoitoon osallistuvat lääkärit | 50 |
| 7.7 Terveysthuollon ammattilaisten erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet | 52 |
| 7.7.1 Haasteet diagnoosin teossa | 52 |
| 7.7.2 Kyky epäillä lääkitystä oireen aiheuttajaksi | 52 |
| 7.7.3 Haasteet lääkityksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioinnissa | 53 |
| 7.7.4 Puutteet lääketietämyksessä | 54 |
| 7.8 Epäselvä vastuunjako terveysthuollon ammattilaisten välillä | 55 |
| 7.8.1 Lääkelistojen pitäminen ajan tasalla ja lääkitysten purkaminen | 55 |
| 7.8.2 Munuaistoiminnan seuranta | 56 |
| 7.8.3 Kotihoidon aktiivisen roolin merkitys | 57 |
| 7.9 Haasteet hoidon eri osapuolten välisessä viestinnässä | 58 |

| | |
|--|----|
| 7.9.1 Epätietoisuus kotihoidon asiakkaan lääkityksestä | 58 |
| 7.9.2 Ongelmat terveydenhuollon ammattilaisten välisessä tiedonkulussa | 59 |
| 7.9.3 Ongelmat kotihoidon ja terveyskeskuslääkäreiden välisessä yhteydenpidossa | 60 |
| 7.10 Potilastietojärjestelmien epäyhtenäisyys ja käyttöön liittyvät ongelmat | 61 |
| 7.10.1 Tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat eri potilastietojärjestelmien välillä | 61 |
| 7.10.2 Potilastietojärjestelmien toiminnolliset puutteet ja tietotekniset häiriöt | 61 |
| 7.11 Asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne | 62 |
| 7.11.1 Puutteet lääketietämyksessä | 62 |
| 7.11.2 Lääkehakuisuus ja kiintymys lääkkeisiin | 63 |
| 7.11.3 Lääkevastaisuus, muistiongelmat ja muut hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät | 64 |
| 7.11.4 Kotihoidon rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan lääkehoitoon | 65 |
| 7.11.5 Ongelmallisten lääkkeiden käyttö | 66 |
| 7.11.6 Lääkityksestä aiheutuvien hyötyjen ja haittojen asiakaskohtainen arviointi | 66 |
| 7.11.7 Kotihoidon yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa | 67 |
| 7.12 Terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteesta | 68 |
| 7.13 Kokemuksia Lohjan interventiotutkimuksessa tehdyistä lääkitysarvioinneista | 69 |
| 7.13.1 Farmasian ammattilaisten osallistuminen lääkityksen arviointiin | 69 |
| 7.13.2 Muutosehdotusten toteutettavuus käytännössä | 71 |
| 8 POHDINTA | 73 |
| 8.1 Tulosten tarkastelu | 74 |
| 8.1.1 Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja resurssit | 74 |
| 8.1.2 Useat eri hoitavat lääkärit ja lääkäriresurssi | 75 |
| 8.1.3 Mahdollisuudet lääkitysten arvioimiseen | 75 |
| 8.1.4 Haasteet diagnoosin teossa ja kyky epäillä lääkitystä oireen taustalla | 77 |
| 8.1.5 Puutteet hoitohenkilökunnan lääketietämyksessä | 77 |
| 8.1.6 Epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä | 78 |
| 8.1.7 Toimimaton yhteydenpito kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä | 80 |
| 8.1.8 Lääkitystietojen kirjaamiseen liittyvät epäselvyydet ja potilastietojärjestelmiin liittyvät ongelmat | 81 |

| | |
|--|----|
| 8.1.9 Puutteet kotihoidon asiakkaiden lääketietämyksessä ja terveydenhuoltohenkilökunnan epätietoisuus asiakkaan lääkityksestä | 81 |
| 8.1.10 Kotihoidon asiakkaiden lääkehakuisuus ja yksilökohtaisen tilanteen vaikutus lääkkeiden käyttöön..... | 82 |
| 8.1.11 Farmasian ammattilaisen osallistuminen lääkehoidon arviointiin..... | 84 |
| 8.2 Tutkimuksen luotettavuus | 85 |
| 8.2.1 Tutkimusaineiston ja -menetelmien valinta | 85 |
| 8.2.2 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit..... | 86 |
| 8.2.3 Kotihoidon asiakkaiden haastattelut | 86 |
| 8.2.4 Terveystenhuollon ammattihenkilöiden haastattelut | 87 |
| 8.3 Tutkimuksen merkitys | 88 |
| 8.4 Jatkotutkimukset | 89 |
| 9 JOHTOPÄÄTÖKSET | 89 |
| KIRJALLISUUSLUETTELO | 91 |

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuslupahakemus

LIITE 2. Tutkimuslupa

LIITE 3. Tutkimustiedote

LIITE 4. Tutkimusluvan muutoshakemuksen hyväksymisilmoitus

LIITE 5: Haastattelukutsu terveydenhuollon ammattihenkilöille

LIITE 6. Haastattelun kulkusuunnitelma

LIITE 7: Suostumuslomake haastattelun nauhoittamiseen

LIITE 8. Yleiset haastattelukysymykset terveydenhuollon ammattihenkilöille

I KIRJALLISUUSOSA

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan noin 50 % maailman lääkkeiden määräämisestä, toimittamisesta, käytöstä ja myynnistä toteutuu epärationaalisesti (WHO Policy Perspectives on Medicines 2002). Lääkkeiden epäasianmukaista käyttöä on esimerkiksi hoitosuosituksista poikkeava lääkkeiden määrääminen, väärin toteutettu itse-lääkintä sekä perusteeton monilääkitys. Iäkkäillä monilääkitys on yleistä, sillä ikääntymisen myötä krooniset sairaudet lisääntyvät (Qato ym. 2008; Jyrkkä ym. 2009; Barnett ym. 2012; Patterson ym. 2014). Vaikka monilääkitys voi olla tarkoituksenmukaista ja suunniteltua, se lisää riskiä lääkkeiden aiheuttamille haittavaikutuksille (Aronson 2004; Hunt ym. 2012; Patterson ym. 2014). Iäkkäät ovat erityisen herkkiä monilääkityksen aiheuttamille haitta- ja yhteisvaikutuksille ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten seurauksena (ElDesoky 2007; McLendon ja Shelton 2011). Esimerkkejä iäkkäiden lääkehoidon yleisistä ongelmista ovat epäonnistuminen lääkkeestä aiheutuvien hyötyjen ja haittojen arvioimisessa tai sopivan valmistemuodon valinnassa sekä munuais-toiminnan kannalta sopimattoman lääkeannoksen käyttäminen (Spinewine ym. 2005).

Iäkkäillä potilailla esiintyvät geriatriset syndroomat, kuten sekavuus, huimaus, kaatuilu ja virtsankarkailu, vaikeuttavat lääkkeen aiheuttaman haittavaikutuksen tunnistamista potilaan oireen taustalla (Gaeta ym. 2002; Lee ym. 2009). Iatrogeenisia lääkehoitoa, jossa lääkkeellä hoidetaan toisesta lääkkeestä aiheutuvia, iatrogeenisia vaikutuksia, voidaan pyrkiä ehkäisemään rationaalisella lääkehoidolla (Rochon ja Gurwitz 1997; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006; Kalisch ym. 2011). Rationaalinen lääkehoito on vaikuttavaa, turvallista, laadukasta, taloudellista ja yhdenvertaista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b). Sen toteutuessa potilas saa tarkoituksenmukaiset lääkkeet oikein annosteltuna, oikea-aikaisesti ja mahdollisimman alhaisin kustannuksin (WHO 1985). Suomessa rationaalisen lääkehoidon edistämiseksi on laadittu Lääkepolitiikka 2020 -asiakirja, jossa lääkkeiden rationaalista määräämistä tukevinä toimenpiteinä mainitaan muun muassa Käypä hoito -suositusten noudattamisen edistäminen, lääkkeettö-

mien hoitovaihtojen huomioiminen potilaan hoidossa sekä lääkehoitojen arvioinnit (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuuden Suomen väestöstä ennustetaan lähestyvän 26 %:ia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Samalla, kun ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa, asuu yhä suurempi osa iäkkäistä kotonaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Useiden muiden maiden tapaan myös Suomessa on tarkoitus toteuttaa iäkkäiden pitkäaikaishoitoa laitoshoidon sijaan ensisijaisesti kotihoidon muodossa (Genet ym. 2012; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012 § 5). Vaikka kotihoidon palveluja käyttävien asiakkaiden määrä on Suomessa kasvanut, on kotihoidon henkilöstöä samanaikaisesti vähennetty (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Tutkimusten mukaan kotihoidon asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä ja samalla huonokuntoisempia kuin kotihoidon piiriin kuulumattomat kotona asuvat iäkkäät (Hellström ym. 2004). Paljon terveydenhuollon palveluita ja useita lääkkeitä käyttävät monisairaant iäkkäät ovat kuitenkin kaikkein alttiimpia terveydenhuollosta aiheutuille haitoille, iatrogenesille (Illich 1976; Steel ja Rittgers 2007). Suurin osa iatrogenesia käsittelevistä tutkimuksista liittyy sairaalahoitoon, kun taas vähemmän on tutkittu avo- ja kotihoidon asiakkailla esiintyviä, esimerkiksi lääkitykseen liittyviä iatrogenisia haittoja (Steel ja Rittgers 2007).

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan iäkkäillä esiintyvää iatrogenesia kotihoidon toimintaympäristössä. Tutkielman tavoitteena on tutkia, mitkä terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan tai kotihoidon asiakkaaseen liittyvät perimmäiset syyt johtavat perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiseen iäkkäillä kotihoidon asiakkailla. Tutkielmassa käsitellään iatrogenesia lääkemäärän lisääntymiseen (*prescribing cascade*) ja lääkemäärän vähentämiseen (*deprescribing*) liittyvään tutkimustietoon perustuen. Lisäksi paneudutaan iatrogeneesiin liittyviin monilääkityksen ja geriatristen syndroomien käsitteisiin sekä esimerkkeihin lääkeryhmistä, jotka ovat yhteydessä perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiseen. Tutkielman tutkimusosa perustuu viiden Lohjan kaupungin kotihoidon asiakkaan potilasasiakirjoihin

sekä kyseisten asiakkaiden ja heidän hoitoonsa osallistuvien kotihoidon sairaanhoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden yksilöhaastatteluihin.

2 IÄKKÄIDEN LÄÄKEHOIDON HAASTEITA

Tämän pro gradu -tutkielman kirjallisuusosassa syvennyttään tarkemmin iatrogeneesin, monilääkityksen ja geriatristen syndroomien käsitteisiin. Lisäksi käsitellään terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan ja potilaaseen liittyviä tekijöitä, joiden tiedetään olevan yhteydessä perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiseen. Kirjallisuusosan viimeisessä osiossa tarkastellaan iäkkäille varauksin soveltuvia ja iatrogeeniselle lääkehoidolle altistavia lääkkeitä. Kirjallisuuskatsaus perustuu lähinnä PubMed- ja Scopus-tietokantojen tieteellisiin julkaisuihin. Yleisiä kirjallisuushaussa käytettyjä sanoja olivat *prescribing cascade*, *iatrogenesis*, *polypharmacy*, *deprescribing*, *elderly* ja *aged*.

2.1 Iatrogeneesi

2.1.1 Määritelmä

Iatrogeneesi on johdettu kreikan kielen sanoista *iatros*, ”lääkäri” ja *genesis*, ”alkuperä” (Illich 1976). Vaikka iatrogeneesille ei ole olemassa virallista määritelmää, se voidaan ymmärtää sairaudentilojen ilmenemisenä lääkärin, tai laajemmin ajateltuna terveydenhuoltojärjestelmän, toiminnan seurauksena (Illich 1976; Steel ja Rittgers 2007). Illich (1974) jakaa iatrogeneesin suoraan tai epäsuorasti terveydenhuollosta aiheutuviin haittoihin. Suoran iatrogeneesin seurauksena lääketieteellisestä hoidosta aiheutuu kipua, sairautta ja kuolemaa. Epäsuorassa iatrogeneesissa terveydentilan heikkeneminen on seurausta esimerkiksi terveydenhuollon toimintatavoista, jotka rajoittavat ihmisten itsemääräämisoikeutta terveyteen liittyvissä asioissa tai jotka eivät huomioi ihmisten yksilöllisiä kokemuksia sairaudentilastaan.

2.1.2 Iatrogeeninen lääkehoito

Iatrogeenisella lääkehoidolla (engl. *prescribing cascade, iatrogenic prescribing*) tarkoitetaan hoidosta aiheutuvaa lääkehoitoa, jossa lääkkeellä hoidetaan toisesta lääkkeestä aiheutuvia, iatrogeenisia vaikutuksia (Rochon ja Gurwitz 1997; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006; Kuva 1). Iatrogeenista lääkehoitoa esiintyy, kun potilaan oiretta ei osata pitää lääkkeen aiheuttamana haittavaikutuksena vaan se nähdään merkinä sairaudesta (Rochon ja Gurwitz 1995; Rochon ja Gurwitz 1997; McLendon ja Shelton 2011). Toisaalta lääkkeen aiheuttamia haittavaikutuksia hoidetaan myös tietoisesti uusilla lääkkeillä, kuten ehkäistäessä opioidien aiheuttamaa ummetusta tai tulehduskipulääkkeen käyttöön liittyviä maha-suolikanavan oireita lääkkeellisin keinoin (Kalso ym. 2009; Cahir ym. 2010; Kalisch ym. 2011). Vaikka iatrogeenista lääkehoitoa aiheuttavia tekijöitä ei varsinaisesti ole tutkittu, tiedetään iatrogeenisen lääkehoidon riskin lisääntyvän lääkkeiden haittavaikutusten seurauksena (Kalisch ym. 2011).

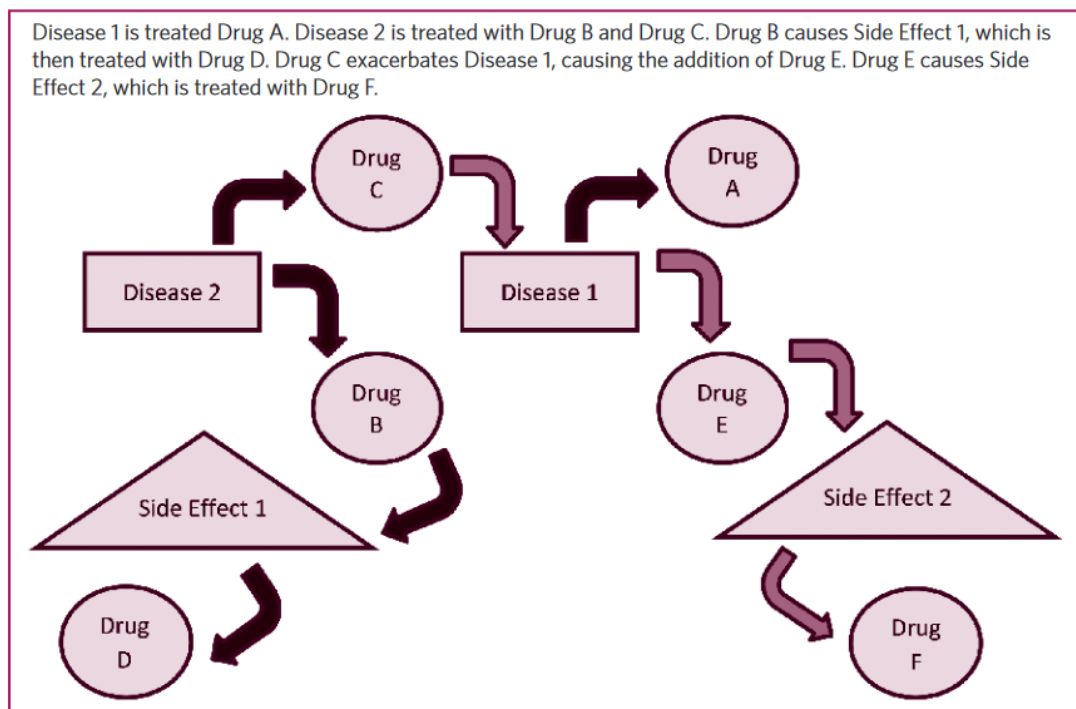
Opioidien ja tulehduskipulääkkeiden lisäksi muita lääkkeitä, joiden haittavaikutuksia hoidetaan usein toisilla lääkkeillä, ovat antibiootit, muisti- ja verenpainelääkkeet, epilepsia-, ja psykoosilääkkeet sekä rauhoittavat ja pahoinvoinnin hoitoon tarkoitetut lääkkeet (Rochon ja Gurwitz 1995; Rochon ja Gurwitz 1997; Kalisch ym. 2011; McLendon ja Shelton 2011). Uuden lääkkeen aloittaminen toisen lääkkeen aiheuttamiin haittavaikutuksiin altistaa potilaan kuitenkin myös lisääntyville lääkkeistä aiheutuvilla haitta- ja yhteisvaikutuksilla (Rochon ja Gurwitz 1997; Gorard 2006; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006; Patterson 2014).

2.2 Monilääkitys

2.2.1 Määritelmä ja yleisyys

Monilääkitys tarkoittaa yleensä useamman kuin viiden eri lääkkeen yhtäaikaista käyttöä (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006). Osassa tutkimuksia monilääkityksen rajana pidetään kuitenkin vähintään neljän, osassa kolmen ja osassa jopa kahden lääkkeen yhtäaikaista käyttöä (Veehof ym. 1999; Jensen ym. 2001; Patterson ym.

2014; Johansson ym. 2016). Osa tutkijoista puolestaan määrittelee monilääkitykseksi vähintään 10 eri lääkkeen yhtäaikaisen käytön, josta toisaalta käytetään myös nimitystä liiallinen monilääkitys (engl. *excessive polypharmacy*) (Meyer ym. 1991; Jyrkkä ym. 2009). Monilääkitys on yleistä yli 65-vuotiailla henkilöillä iän myötä lisääntyvien sairauksien vuoksi (Qato ym. 2008; Jyrkkä ym. 2009; Barnett ym. 2012; Patterson ym. 2014). Eniten monilääkitystä esiintyy naisilla ja laitoshoidossa olevilla iäkkäillä (Linjakumpu ym. 2002; Jyrkkä ym. 2006). Noin 50 % kotona asuvista 57–85 -vuotiaista yhdysvaltalaisista käyttää vähintään viittä reseptilääkettä, itsehoitolääkettä tai ravintolisää (Qato ym. 2008). Vähintään viittä reseptilääkettä käyttää puolestaan noin 30 % iäkkäistä (Patterson ym. 2014).



Kuva 1. Iatrogeeninen lääkehoito (*prescribing cascade*), jossa lääkkeestä aiheutuvia haittavaikutuksia hoidetaan uusilla lääkkeillä (McLendon ja Shelton 2011).

Viime vuosikymmenien aikana iäkkäiden monilääkitys on yleistynyt (Jyrkkä ym. 2006). Liedossa vähintään viittä lääketä käyttävien yli 64-vuotiaiden määrä kohosi 19 %:sta 25 % :iin ajanjaksojen 1990–1991 ja 1998–1999 välillä (Linjakumpu ym. 2002). Vastaavasti Kuopiossa yli 75-vuotiaista kotona asuvista vähintään viittä lääketä käyttävien

osuus kasvoi 54 %:sta 67 %:iin vuosina 1998–2003, ja vähintään 10 lääkettä käyttävien osuus 19 %:sta 28 %:iin (Jyrkkä ym. 2006). Käytetyimpiä lääkkeitä tutkimuksiin osallistuneilla iäkkäillä olivat sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon tarkoitetut sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (Linjakumpu ym. 2002; Jyrkkä ym. 2006). Kuitenkin myös kotihoidon asiakkaiden käytössä olevien lääkkeiden määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana (Jyrkkä 2017). Helsingissä vuosina 2006–2007 toteutetun tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiailla kotihoidon asiakkailla oli käytössään keskimäärin 8,9 säännöllisesti ja tarvittaessa otettavaa lääkettä (Jokinen ym. 2007). Sen sijaan vuonna 2015 Lohjan kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaat asiakkaat käyttivät keskimäärin 13 lääkärin määräämää säännöllistä tai tarvittaessa otettavaa lääkettä (Jyrkkä 2017).

2.2.2 Tarkoituksenmukainen ja perusteeton monilääkitys

Monilääkityksen esiintymiseen iäkkäillä vaikuttavat demografiset tekijät (esim. koulutus), terveydentilaan liittyvät tekijät (esim. sairastavuus) sekä terveydenhuollon palvelujen käyttöön liittyvät tekijät (esim. useat eri hoitotahot) (Patterson ym. 2014). Lisäksi nykyiset hoitosuositukset ohjeistavat usein hoitamaan ja ennalta ehkäisemään sairauksia monilla eri lääkkeillä, mikä heijastuu myös terveydenhuollon lääkemääräyskäytäntöihin (Maher ym. 2014; Patterson ym. 2014). Tarkoituksenmukaisessa monilääkityksessä potilaan terveydentila edellyttää useiden lääkkeiden käyttöä, kuten esimerkiksi hoidettaessa verenpainetta yhdistelmälääkityksellä (Aronson 2004; Gurwitz 2004; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus 2014; Patterson ym. 2014). Hoitosuosituksissa ei kuitenkaan aina huomioida suositusten soveltuvuutta iäkkäiden monisairaiden potilaiden hoitoon (Boyd ym. 2005). Ellei potilaan yksilöllistä tilannetta oteta huomioon, saattaa hoitosuosituksien noudattaminen jopa heikentää iäkkään saaman hoidon laatua.

Monilääkityksen tiedetään lisäävän lääkkeitä aiheuttuvia haitta- ja yhteisvaikutuksia sekä heikentävän potilaan hoitoon sitoutumista (Gorard 2006; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006; Maher ym. 2014; Patterson 2014). Lisäksi monilääkityksen on havaittu olevan yhteydessä muun muassa lisääntyneisiin terveydenhuollon kustannuksiin, toimintakyvyn heikkenemiseen, geriatrinen syndroomien esiintymiseen

sekä kuolleisuuteen (Chiatti ym. 2012; Gnjidic ym. 2012; Hunt ym. 2012; Maher ym. 2014). Tarpeettomasta tai perusteettomasta monilääkityksestä on kyse silloin, kun potilaalla on käytössään enemmän lääkkeitä, kuin olisi tarkoituksenmukaista (Aronson 2004; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006). Perusteettoman monilääkityksen lisäksi kuitenkin myös alilääkitseminen estää asianmukaisen lääkehoidon toteutumista iäkkäällä (Gurwitz 2004).

2.3 Geriatriset syndroomat

2.3.1 Määritelmä

Geriatrisilla syndroomilla tarkoitetaan iäkkäillä esiintyviä moniin elinjärjestelmiin liittyviä kliinisiä tiloja ja oireita, joita ei voida yhdistää tiettyyn yksittäiseen sairauteen (Inouye ym. 2007; McLendon ja Shelton 2011). Geriatrisille syndroomille ei kuitenkaan ole olemassa yhdenmukaista määritelmää, ja käsitykset geriatrisiksi syndroomiksi luokiteltavista ilmiöistä vaihtelevat (Flacker 2003; Cigolle ym. 2007; Inouye ym. 2007). Yhteistä geriatrisille syndroomille ovat monet taustalla vaikuttavat tekijät ja tyypillisesti jaksottainen esiintyminen erityisesti huonokuntoisilla iäkkäillä (Flacker 2003; Inouye ym. 2007). Usein geriatriset syndroomat heikentävät iäkkään toimintakykyä, joka voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen (Flacker 2003; Cigolle ym. 2007; Inouye ym. 2007; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Toisaalta heikentynyt toimintakyky ja korkea ikä ovat myös geriatristen syndroomien riskitekijöitä (Inouye ym. 2007; Lee ym. 2009).

2.3.2 Esimerkkejä geriatrisista syndroomista

Lähes puolet yli 65-vuotiaista kärsii vähintään yhdestä geriatrisesta syndroomasta (Cigolle ym. 2007). Esimerkkejä geriatrisina syndroomina pidetyistä tiloista ovat heikentynyt kognitio, dementia, hauraus, huimaus, kaatuilu, kipu, nielemisvaikeudet, näön ja kuulon heikentyminen, painonlasku, ummetus, unettomuus, painehaavat, sekavuus sekä virtsainkontinenssi (Cigolle ym. 2007; Inouye ym. 2007; McLendon ja Shelton 2011). Vuonna 2004 toteutetussa haastattelututkimuksessa 25 %:lla yli 65-vuotiaista

yhdyksvaltalaisista oli esiintynyt jonkinasteisesta virtsainkontinenssia kuluneen vuoden aikana ja 23 %:lla kaatuilua edellisen kahden vuoden aikana (Lee ym. 2009). Tutkimuksessa myös havaittiin kroonisten sairauksien ja geriatristen syndroomien samanaikaisen esiintyvyyden olevan yleistä iäkkäillä.

Iän myötä sekä krooniset sairaudet että geriatriset syndroomat lisääntyvät, jolloin iäkkään potilaan hoito edellyttää potilaan tilan kokonaisvaltaista arviointia (Cigolle ym. 2007; Lee ym. 2009; McLendon ja Shelton 2011). Paitsi sairaudesta, voi iäkkään oire johtua myös lääkityksestä, iän myötä lisääntyneistä ongelmista yhdellä tai useammalla toimintakyvyn osa-alueella tai olla samanaikaisesti seurausta useasta eri tekijästä (McLendon ja Shelton 2011).

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän pro gradu -tutkielman teoreettisena viitekehyksenä on James Reasonin (1990) inhimillisen erehdyksen teoria (engl. *human error theory*). Kuten inhimillisen erehdyksen teoriassa, myös tässä pro gradu -tutkielmassa perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien esiintymistä tarkastellaan järjestelmälähtöisestä, ei yksilöiden toimintaan keskittyvästä, näkökulmasta (Reason 2000). Järjestelmässä ilmeneviin ongelmiin johtavia juurisyitä (engl. *root cause*) selvittämällä voidaan parantaa järjestelmän toimintaa virheitä ehkäisemällä tai niiltä suojautumalla (The Joint Commission 2015). Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkimusongelmaa tarkastellaan järjestelmän näkökulmasta kotihoidon toimintaympäristössä. Lisäksi hyödynnetään juurisyysanalyysiä (engl. *root cause analysis*, RCA) tutkittaessa syitä iäkkäillä kotihoidon asiakkaila esiintyviin lääkehoidon ongelmiin.

3.1 Inhimillisen erehdyksen teoria

Inhimillisen erehdyksen teoriassa riskien syntyä ja niiden hallintaa kuvataan reikäjuustomallilla (engl. *Swiss Cheese Model*) (Reason 2000; Kuva 2). Teorian mukaan virheiden syntyä voidaan tarkastella sekä yksilön että järjestelmän näkökulmasta. Yksi-

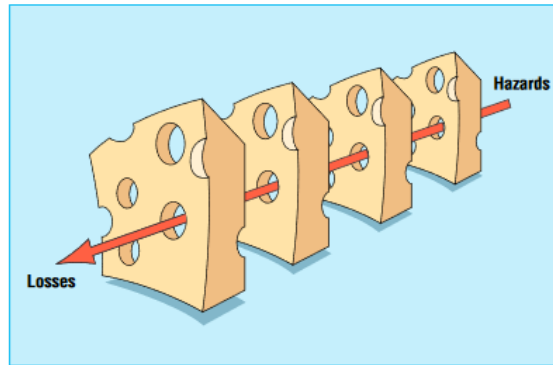
lönäkökulman mukaan virheet ovat seurausta yksilön käyttäytymisestä. Järjestelmänäkökulmassa ihmiset nähdään erehtyvinä yksilöinä, jotka tekevät virheitä järjestelmän prosesseissa tai työympäristössä olevien puutteiden seurauksena. Järjestelmänäkökulma mahdollistaa virheiden vähentämisen tai ehkäisemisen prosesseja tai työympäristöä muuttamalla muun muassa suojauksia rakentamalla.

Reasonin (2000) mukaan riskienhallinta perustuu riittävien suojausmekanismien olemassaoloon prosessissa. Reikäjuustomallissa näitä suojausmekanismeja kuvaavat juustosiivut. Juustosiivujen reiät kuvaavat suojausmekanismien heikkoja kohtia, joiden pettäessä virheen mahdollisuus kasvaa. Reiät syntyvät sekä yksilön toiminnasta aiheutuvista aktiivisista epäonnistumisista (engl. *active failures*) että järjestelmän piilevistä olosuhteista (engl. *latent conditions*), jotka nousevat esiin esimerkiksi kiireessä ja henkilökuntavajauksessa. Juustosiivuissa olevien reikien sijainti ja koko vaihtelevat jatkuvasti. Virhe tapahtuu, mikäli jokaisen juustosiivun reiät osuvat kohdakkain kaikkien suojausmekanismien pettäessä.

Kotihoidon toimintaympäristöön sovellettuna reikäjuustomallin voidaan ajatella kuvaavan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden rationaalisen lääkehoidon toteutumista. Juustosiivuna eli suojausmekanismeina ovat terveydenhuoltojärjestelmään ja kotihoidon toimintaympäristöön liittyvät tekijät, jotka edistävät rationaalisen lääkehoidon toteutumista kotihoidon asiakkaalla. Rationaalisen lääkehoidon epäonnistuminen voi olla seurausta terveydenhuoltojärjestelmässä tai kotihoidon toimintaympäristössä olevista virheistä tai puutteista, joita juustosiivuissa olevat reiät kuvaavat.

Järjestelmässä tai toimintaympäristössä olevat virheet ja puutteet voivat johtaa rationaalista lääkehoitoa vaarantaviin tapahtumiin, kuten epärationaaliseen lääkkeen määräämiseen. Toisaalta ne voivat johtaa myös tekemättä jättämiseen, mikäli potilaalle ei esimerkiksi määrätä hänen terveydentilansa edellyttämää lääkettä. Näitä tekoihin tai tekemättä jättämiseen johtavia järjestelmän tai toimintaympäristön virheitä ja puutteita voidaan pitää rationaalisen lääkehoidon epäonnistumisen taustalla olevina perimmäisinä syinä eli juurisyinä (The Joint Commission 2015). Rationaalisen lääkehoidon epäonnistumi-

nen voi puolestaan johtaa kotihoidon asiakkaalle aiheutuvaan iatrogeneesiin, kuten perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiseen.



Kuva 2. James Reasonin (1990) inhimillisen erehdyksen teoriaa havainnollistava reikäjuustomalli (*Swiss Cheese Model*) (Reason 2000).

3.2. Juurisyyt ja juurisyyanalyysi

Juurisyy on prosessin epäonnistumisen tai poikkeavuuden taustalla oleva perimmäisin syy (The Joint Commission 2015). Juurisyyanalyysiin voidaan päätyä vakavan haittapahtuman, läheltä piti -tilanteen tai useiden lievempien poikkeamatilanteiden seurauksena. Kuten Reasonin (1990) inhimillisen erehdyksen teoriassa, myös juurisyyanalyysissä ongelmaa lähestytään järjestelmänäkökulmasta, jolloin tarkoituksena on ehkäistä poikkeamatilanteiden syntymistä tulevaisuudessa prosessin tai järjestelmän toimintaa muuttamalla.

Jotta juurisyiden löytäminen ja haitta- tai poikkeamatilanteen ehkäiseminen tulevaisuudessa olisi mahdollista, on tunnistettava sekä tilanteeseen johtaneet välittömät (engl. *proximate causes*) että piilevät syyt (engl. *root causes*) (The Joint Commission 2015). Välittömät syyt ovat yleensä läheisessä yhteydessä haitta- tai poikkeamatilanteeseen, kun taas piilevät syyt ovat löydettävissä syvemmistä osista prosessia. Kyseessä voi olla prosessin toimintaan liittyvän yleisen syyn poikkeama (engl. *common-cause variation*), kuten kiire ja henkilökuntavajaus, tai odottamaton prosessin ulkopuolisen erityisyyden poikkeama (engl. *special-cause variation*), kuten tekniset ongelmat ja työntekijöiden

väsymys. Usein järjestelmän prosesseissa ilmenevien odottamattomien poikkeamien taustalla ovat toimintaan liittyvät poikkeamat itse järjestelmässä. Yleensä haitta- tai poikkeamatilanne on seurausta useista eri juurisyistä sekä muista tilanteeseen vaikuttavista tekijöistä, mikä pitää paikkansa myös monimutkaisiin prosesseihin perustuvalla terveydenhuoltoalalla (Andersen ym. 2010; The Joint Commission 2015).

Juurisyyanalyysi voidaan jakaa kuuteen päävaiheeseen: tapahtuman määrittäminen ja siihen johtaneiden syiden selvittäminen, juurisyyn selvittäminen, juurisyyn poistamiseen tähtäävien ratkaisuehdotusten esittäminen ja käyttöönotto sekä analyysiprosessin lopputuloksen arviointi (Andersen ym. 2010). Tapahtumaan johtaneen perimmäisen juurisyyn löytämiseksi voidaan käyttää apuna esimerkiksi viiden miksi-kysymyksen sarjaa (engl. *five whys*), joka on juurisyyanalyysin perusmenetelmä. Nimensä mukaisesti menetelmässä toistetaan vähintään viisi kertaa kysymys ”Miksi tapahtuma tapahtui?” (engl. *”Why did the root cause occur?”*), jolloin tapahtumaan johtaneita tekijöitä voidaan analysoida syvällisesti. Kysymys esitetään ensin tapahtuman oletetun juurisyyn kohdalla, ja mikäli selittävä tekijä löytyy, esitetään kysymys myös tämän uuden mahdollisen juurisyyn kohdalla. Perimmäiseen juurisyyn on todennäköisesti päädytty silloin, kun uusia selittäviä tekijöitä ei enää ilmaannu.

4 PERUSTEETTOMAN MONILÄÄKITYKSEN JA IATROGENEESIN RISKITEKIJÖITÄ SEKÄ KEINOJA NIIDEN EHKÄISEMISEKSI

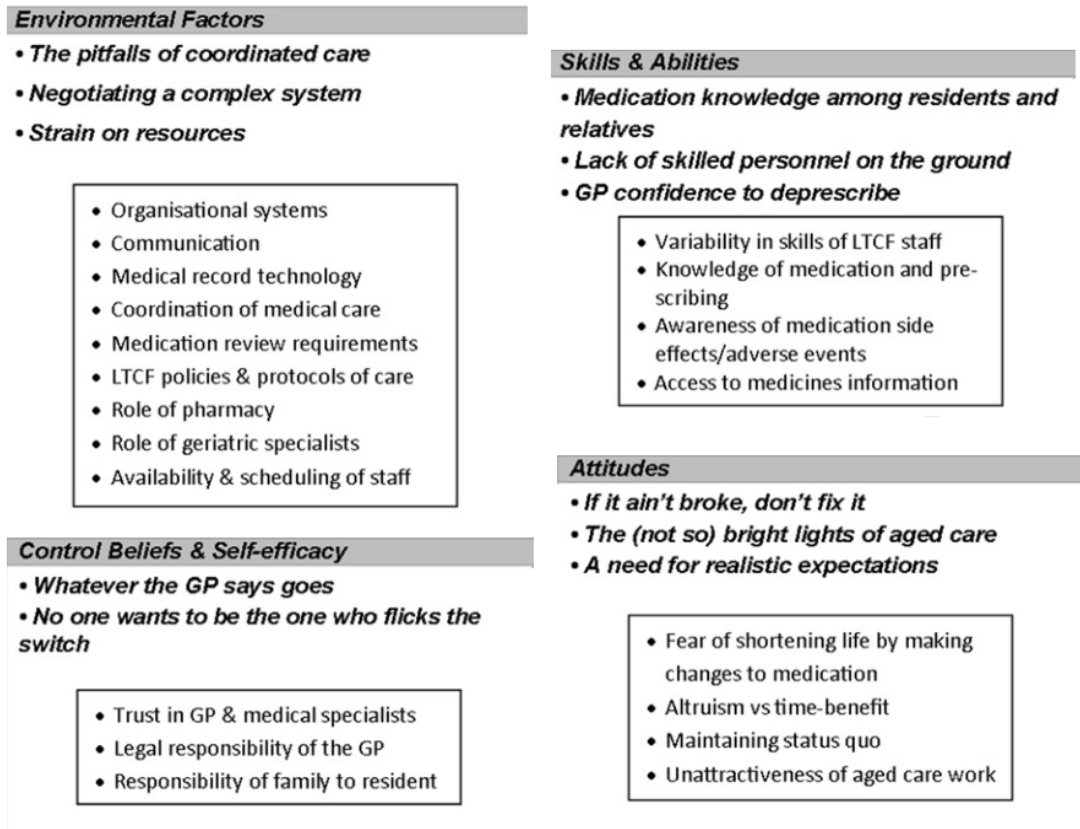
Monilääkitys altistaa iäkkäät varauksin soveltuvien lääkkeiden käytölle (*potentially inappropriate medication, PIM*), jolloin lääkehoitoon liittyvät mahdolliset tai todelliset haitat ovat merkittävämpiä kuin lääkityksestä saatava hyöty (Anderson ym. 2014; American Geriatrics Society 2015). Perusteetonta monilääkitystä ja iatrogeneesin seurauksena esiintyviä lääkitysongelmia voidaan terveydenhuollossa hillitä pyrkimällä vähentämään tai lopettamaan lääkkeiden käyttöä (*deprescribing*) (Farrell ym. 2015; Reeve ym. 2015). Monilääkitystä lisääviä ja vähentäviä tekijöitä tarkastellaan seuraavaksi lähemmin sekä terveydenhuoltojärjestelmän että lääkkeen käyttäjän näkökulmasta. Lisäksi paneudutaan esimerkkeihin iäkkäille varauksin soveltuvista ja iatrogeenista lääkehoitoa

aiheuttavista lääkeryhmistä. Luvun lopussa esitetään yhteenveto keinoista perusteettoman monilääkityksen ja iatrogeneesin ehkäisemiseksi.

4.1 Terveysthuoltojärjestelmän toimintaan liittyviä tekijöitä

Andersonin työtovereineen (2014) tekemän järjestelmällisen katsauksen mukaan on olemassa useita tekijöitä, jotka lääkkeen määrääjän näkökulmasta voivat joko lisätä tai vähentää varauksin soveltuvien lääkkeen määräämistä. Nämä tekijät voivat liittyvät lääkkeen määrääjään tai ne voivat olla lääkkeen määrääjästä riippumattomia. Lääkkeiden määräämiseen vaikuttavat olennaisesti lääkkeen määrääjän reagoitokyky, itseluottamus ja valvettavuus. Reagoitokyky on riippuvainen esimerkiksi lääkkeen määrääjän uskomuksista ja asenteista, kun taas itseluottamukseen vaikuttavat muun muassa lääkkeen määrääjän tiedot ja taidot. Valvettavuudella tarkoitetaan sen sijaan lääkkeen määrääjän tietoisuutta lääkemääräystensä asianmukaisuudesta. Lääkkeen määrääjästä riippumattomat tekijät liittyvät puolestaan esimerkiksi potilaaseen tai terveydenhuollon resursseihin, toimintakäytäntöihin tai kulttuuriin. Muita lääkkeen määrääjästä riippumattomia tekijöitä ovat terveydenhuollossa vallitsevat käsitykset sekä terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan säätely.

Australialaisessa haastattelututkimuksessa tutkittiin vähintään 75-vuotiaiden pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden varauksin soveltuviin lääkityksiin ja niiden lopettamiseen liittyviä käsityksiä potilaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan sekä pitkäaikaishoitoon osallistuvien yleislääkärien ja farmasistien näkökulmasta (Palagyi ym. 2016). Tutkittavien haastatteluista nousi esiin neljä keskeistä asiaa, jotka vaikuttavat käsityksiin lääkkeiden käytöstä ja niiden vähentämisestä: asenteet, itseluottamus ja käsitykset, taidot ja kyvykyys sekä terveydenhuollon toimintaympäristöön liittyvät tekijät (Kuva 3). Lääkkeiden määräämiseen vaikuttavia terveydenhuoltojärjestelmästä lähtöisiä tekijöitä käsitellään seuraavaksi Palagyin työtovereineen (2016) laatiman luokittelun avulla.



Kuva 3. Keskeiset tekijät, jotka vaikuttavat terveydenhuoltohenkilöstön, potilaiden ja omaisten käsityksiin pitkäaikaishoidon potilaiden lääkkeiden käytöstä ja niiden vähentämisestä (mukaiillen Palagyi ym. 2016). Tekijät liittyvät asenteisiin, itseluottamukseen ja käsityksiin, taitoihin ja kyvykkyyteen sekä terveydenhuollon toimintaympäristöön (LTCF = *long-term care facility*; pitkäaikaishoitolaitos).

4.1.1 Terveydenhuollon toimintaympäristö

Yhtenä potilaiden lääkehoitoa hankaloittavana tekijänä pidetään useita potilaan hoitoon osallistuvia ja lääkkeitä määrääviä lääkäreitä (Palagyi ym. 2016). Potilaiden asianmukaista lääkehoidon toteutusta haittaavat ongelmat hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä sekä riittämätön tiedonvälitys eri hoitotahojen ja lääkäreiden välillä (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Erikoislääkäreiden osallistuminen potilaan hoitoon koetaan terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa hoito-

päätösten tekoa hankaloittavana tekijänä, sillä hoidettaessa sairauksia elinjärjestelmäkohtaisesti ei välttämättä huomioda hoidon kokonaisvaikutuksia monisairaana potilaan terveydentilaan (Fried ym. 2011; Palagyi ym. 2016).

Lisäksi osa-aikaisesti työskentelevät lääkärit, henkilökunnan suuri työmäärä sekä pula hoitohenkilökunnasta ovat lääkehoidon asianmukaista toteutusta haittaavia tekijöitä (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Iäkkäiden hoidon riittämättömiä henkilökuntaresursseja saattaa tutkimuksen mukaan osaltaan selittää se, etteivät lääkärit välttämättä pidä ikäihmisten hoitoa työllistymisen kannalta houkuttelevana vaihtoehtona (Palagyi ym. 2016). Vetovoimaa vähentävinä tekijöinä tutkittavat pitivät muun muassa sitä, ettei työstä saatava rahallinen korvaus riitä vastaamaan työn kuormittavuutta. Toisaalta Suomessa geriatrian erikoislääkäreiden määrä on lisääntynyt ja sen odotetaan edelleen kasvavan (Ruskoaho ym. 2015).

Pula terveydenhuollon resursseista vaikuttaa potilaiden lääkehoidon laatuun ja terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuuksiin arvioida yksittäisten potilaiden lääkityksiä (Fried ym. 2011; Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Lääkärin mahdollisuuksia toteuttaa hoitoa potilaan tilan edellyttämällä tavalla heikentää esimerkiksi potilaskohtaisesti varatun ajan rajallisuus (Cook ym. 2007a; Fried ym. 2011; Anderson ym. 2014). Lääkärillä ei välttämättä ole riittävästi aikaa paneutua asiakkaan ongelmaan, jolloin lääkkeen määrääminen voi tilanteessa olla lääkärille helpoin keino auttaa potilasta (Cook ym. 2007a). Mikäli lääkäri ei myöskään esimerkiksi ajallisista syistä kykene perehtymään potilaan lääkityksestä tehtyyn arviointiraporttiin riittävän hyvin, ei lääkäri välttämättä hyväksy lääkitysarviossa esitettyjä muutosehdotuksia (Palagyi ym. 2016). Toisaalta lääkärit hyväksyvät potilaan lääkitykseen tehtyjä muutosehdotuksia tutkimuksen mukaan todennäköisemmin silloin, kun lääkitysarvion tehnyt farmasisti on arvioinnin yhteydessä tavannut potilaan kasvotusten.

Selkeän hoitosuunnitelman ja riittävän usein tehtävän lääkitysarvion puuttuminen hankaloittaa potilaan epäasianmukaisen lääkityksen korjaamista (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Mikäli potilaan lääkityksen tarkistava taho puuttuu, saattaa potilas jatkaa tilapäiseen käyttöön tarkoitettua lääkitystä (esim. antibiootti, antihistamiini, mielialalää-

ke) tarpeettoman pitkään (Palagyi ym. 2016). Merkittävänä riskitekijänä lääkkeiden kertymiselle pidetään potilaiden sairaalahoitojaksoja, joiden aikana potilailla usein aloitetaan monia uusia lääkkeitä. Ellei potilaan lääkitystä tarkisteta sairaalasta kotiuttamisen yhteydessä tai pian kotiuttamisen jälkeen, saattavat lääkkeet jäädä tarpeettomasti pitkäaikaiseen käyttöön. Lääkkeen määräämisen kannalta ongelmallisena pidetään myös epäyhdenmukaista ja puutteellista tietoa potilaan käytössä olevista lääkkeistä ja niiden käyttöaiheista (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Lisäksi potilastietojen hajanaisuus ja tiedonhankintaan liittyvät vaikeudet hankaloittavat lääkkeiden mahdollisuuksia arvioida potilaiden lääkityksiä (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014).

Yksi merkittävä syy kroonisten sairauksien diagnoosien ja reseptilääkkeiden käytön lisääntymiseen ovat alentuneet diagnostiset kriteerit, sillä ne kannustavat lääkityksen aloittamiseen jo ennen varsinaisen sairauden komplikaation ilmaantumista (Hunt ym. 2012). Tyypin 2 diabeteksen ja verenpainetaudin diagnosointia ja lääkehoitoa käsittelevässä yhdysvaltalaisutkimuksessa 67 % lääkkeen määrääjistä piti hoitosuositusten diagnostisia kriteerejä tärkeänä päätöksentekoa ohjaavan tekijänä. Hoitosuositusten toteutumista ohjaavat tai valvovat tahot sekä tuloksekkaasta hoidosta palkitsevat kannustinjärjestelmät saattavat osaltaan vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten pyrkimykseen pitää potilaiden arvot lääkkeellisin keinoin suositusten mukaisina. Samalla ne kuitenkin haittaavat tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteuttamista, ja lisäävät potilaan käyttämien lääkkeiden määrää (Fried ym. 2011; Hunt ym. 2012; Anderson ym. 2014). Tutkimusten mukaan lääkärit saattavat suhtautua hoitosuositusten noudattamiseen kielteisesti, mikäli suositusten toteuttaminen on käytännön potilastyössä hankalaa (Anderson ym. 2014).

Hoitosuositusten mukaisten tavoitearvojen saavuttaminen saattaa usein edellyttää yhdistelmä-lääkityksen käyttöä potilaalla (Hunt ym. 2012). Kaikki tutkimukseen osallistuneet lääkkeen määrääjät kertoivatkin määräävänsä vähintään kahta lääkettä potilaidensa diabeteksen tai verenpaineen hoitoon. Heistä 24 % osoitti tiedostavansa monilääkitykseen liittyvän iatrogeenisen lääkehoidon riskin, mutta vain noin 2 % kertoi pyrkivänsä vähentämään lääkkeiden määräämistä. Toisaalta hoitosuosituksia potilaskohtaisesti soveltavat

lääkkeen määrääjät kokevat myös tarvetta hoidosta aiheutuvien hyötyjen ja haittojen arviointia helpottaville työkaluille iäkkäiden monisairaiden potilaiden hoidossa (Fried ym. 2011). Tutkimuksen mukaan lääkehoito usein korostuu potilaan ja lääkkeen määrääjän välisissä konsultaatioissa, ja lääkkeettömät hoidot jäävät vähemmälle huomiolle (Hunt ym. 2012). Lääkekeskeisyyden taustalla saattaa osaltaan olla lääkeyritysten toteuttama markkinointi, sillä tutkimuksessa 72 % aiheesta keskustelleista lääkkeen määrääjistä ilmoitti olevansa säännöllisesti yhteydessä lääke-esittelijään, ja heistä 77 % piti lääke-esittelijöiltä saamaansa lääketietoa hyödyllisenä.

4.1.2 Terveystieteiden ammattilaisten tiedot, taidot ja kyvykkyys

Puutteet henkilökunnan ammatillisessa osaamisessa ovat terveydenhuollon ammattilaisten mielestä yksi syy potilaiden lääkehoidon ongelmiin (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Epäasianmukaiseen lääkitykseen puuttuminen hankaloituu esimerkiksi silloin, kun lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia ei tunnisteta, tai lääkityksestä saatavaa hyötyä on vaikea arvioida suhteessa lääkityksestä aiheutuvaan haittaan (Spinewine ym. 2005; Fried ym. 2011; Anderson ym. 2014). Aina lääkettä ei myöskään osaa epäillä mahdollisena potilaan oireiden aiheuttajana (Anderson ym. 2014; Rosenberg ym. 2014; Nguyen ja Spinelli 2016; Palagyi ym. 2016). Tutkimuksen mukaan lääkärit saattavat suhtautua epävarmasti lääkitysten vähentämiseen ja lopettamiseen, ja niihin liittyville yhteisille toimintakäytännöille koetaan tarvetta (Palagyi ym. 2016). Myös hoitohenkilökunnan lääketiedossa olevia puutteita pidettiin tutkimuksessa riskitekijänä lääkehoidon ongelmille.

Yksittäisen lääkärin lääkkeen määräämiskäytännöt eivät välttämättä vastaa terveydenhuollossa yleisesti vallitsevia käsityksiä asianmukaisesta lääkkeen määräämisestä (Cook ym. 2007a; Anderson ym. 2014). Valveutunutkin lääkäri saattaa olla vastahakoinen muuttamaan epäasianmukaiseksi havaitsemaansa lääkitystä, mikäli ei usko potilaan hyötävän lääkkeen lopettamisesta tai pitää lääkitysmuutoksiin liittyviä riskejä lääkityksen jatkamista haitallisempina (Anderson ym. 2014). Tällaisia riskejä ovat esimerkiksi hoitosuhteen heikentyminen, työmäärän lisääntyminen, lääkkeen lopettamisesta potilaalle aiheutuvat vieroitusoireet tai sairauden paheneminen sekä erimielisyyksiin ajau-

tuminen muun terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Lisäksi vastuu potilaan lääkehoidosta saatetaan siirtää hoidon toiselle osapuolelle, kuten esimerkiksi silloin, kun lääkärit eivät halua ottaa kantaa potilasta aikaisemmin hoitaneiden lääkäreiden tekemiin lääketyspäätöksiin tai aloittavat potilaalle lääkkeitä potilaan tai hoitohenkilökunnan toiveesta (Anderson ym. 2014).

4.1.3 Terveysthuollon ammattilaisten asenteet, itseluottamus ja käsitykset

Tutkimusten mukaan potilaat ja omaiset luottavat vahvasti lääkärin ammattitaitoon (Spinewine ym. 2005; Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Myös hoitajien ja farmasistien keskuudessa lääkäriä pidetään ratkaisevassa asemassa potilaan lääkehoidon onnistumisen kannalta (Palagyi ym. 2016). Lääkärin itseluottamuksella on kuitenkin merkitystä, sillä esimerkiksi puutteet lääkärin ammatillisessa osaamisessa tai omaisten tai muun hoitohenkilökunnan painostus lääkkeen määräämiseen saattavat heikentää lääkärin kykyä puuttua epäasianmukaiseen lääkitykseen (Spinewine ym. 2005; Flick ym. 2012; Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Terveysthuollossa vallitsevat hierarkiat sekä ammattilaisten välinen keskinäinen kunnioitus, kollegiaalisuus, voivat osaltaan olla syitä siihen, etteivät lääkärit välttämättä halua ottaa kantaa toisen lääkärin tekemiin päätöksiin (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014). Lisäksi passiivinen asenne tiedonhankintaa kohtaan sekä luottamus kokeneemman kollegan mielipiteeseen heikentävät lääkärin omakohtaista kykyä potilaan lääkityksen arviointiin (Spinewine ym. 2005).

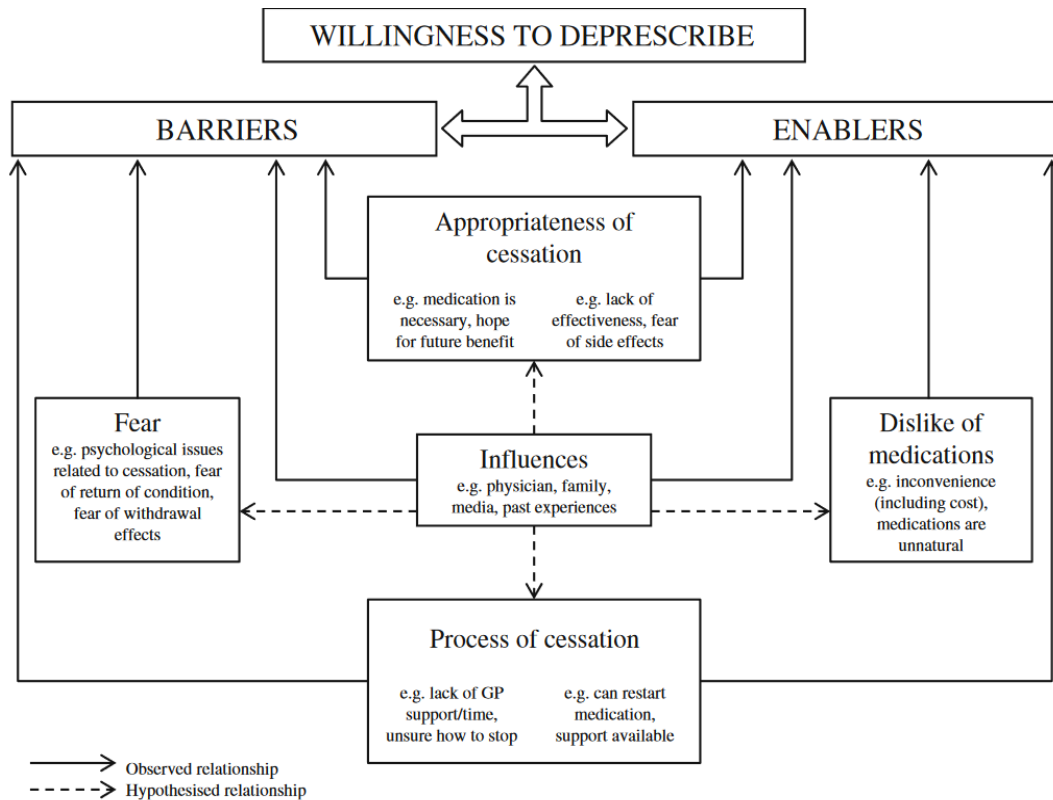
Lääkkeen määrääjien näkemykset hoitosuositusten soveltuvuudesta iäkkäiden monisairaiden potilaiden hoitoon vaihtelevat (Fried ym. 2011). Hoitosuosituksista poikkeamista perusteltiin tutkimuksessa iäkkäitä ja monisairaita potilaita koskevan tutkimustiedon puuttumisella sekä potilaalle hoidosta aiheutuvien hyötyjen ja haittojen suhteuttamisella keskenään. Koska tutkimustietoa lääkkeiden käytön hyödyistä ja riskeistä iäkkäillä monisairailta potilailla on vähän, eivät lääkärit välttämättä uskalla määrätä lääkkeitä iäkkäille potilaalle tai joutuvat tekemään hoitopäätöksiä ilman tieteellistä tutkimusnäyttöä (Gurwitz 2004). Eri sairauksien hoitosuositusten samanaikaiseen noudattamiseen liittyy myös pelkoa haittavaikutusten lisääntymisestä potilaalla (Fried ym. 2011). Toisaalta lääkärin päätöksentekoa saattaa ohjata huoli iäkkään potilaan kyvystä sitoutua moni-

mutkaiseen lääkehoitoon esimerkiksi potilaan toimintakyvyn tai sosiaalisen tukiverkoston perusteella.

Omaisten ja terveydenhuoltohenkilökunnan erilaiset käsitykset potilaan ennusteesta vaikeuttavat potilaan lääkehoidon toteuttamista yhteisymmärryksessä kaikkien hoidon osapuolten kanssa (Palagyi ym. 2016). Lääkkeen määrääjän ja potilaan erilaiset hoitoa koskevat näkemykset hankaloittavat potilaan osallistamista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, ja estävät lääkäreitä tekemästä parhaiksi katsomiaan hoitoratkaisuja (Fried ym. 2011). Myös potilaan ja hänen läheistensä epärealistiset hoitoa koskevat odotukset ovat lääkärin päätöksentekoa vaikeuttavia tekijöitä. Terveydenhuoltohenkilökunnan kokemukset omien vaikutusmahdollisuuksien rajallisuudesta voivat johtaa siihen, että lääkitysongelmiin suhtaudutaan välinpitämättömästi eikä niihin haluta puuttua (Palagyi ym. 2016).

4.2 Lääkkeen käyttäjään liittyviä tekijöitä

Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon on edellytys hoidon onnistumiselle. Siksi myös potilaaseen liittyvät tekijät saattavat johtaa perusteettomaan lääkkeiden käyttöön ja mahdollisiin lääkkeistä aiheutuviin haittoihin. Reeve työtovereineen (2013) ovat tutkineet järjestelmällisessä katsauksessaan tekijöitä, jotka lääkkeen käyttäjän näkökulmasta edesauttavat tai hankaloittavat lääkkeen vähentämistä tai lopettamista (Kuva 4). Tekijät voidaan ryhmitellä sen mukaan, liittyvätkö ne potilaan käsityksiin lääkkeen lopettamisen tarkoituksenmukaisuudesta tai lopettamisprosessin toteuttamisesta, potilaan tuntemaan pelkoon lääkityksen lopettamista kohtaan vai potilaan näkemykseen lääkkeiden käytön vastenmielisyydestä. Lisäksi potilaan suhtautumiseen vaikuttavat omaiset, hoitava lääkäri, media ja aikaisemmat lääkkeiden lopettamiseen liittyvät kokemukset (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen mielipiteeseen lääkkeen lopettamisesta saattavat vaikuttaa myös esimerkiksi potilaan ikä, potilaan käytössä olevien lääkkeiden määrä ja lääkityksen monimutkaisuus sekä potilaan sukuhistoria (Reeve ym. 2016).



Kuva 4. Lääkkeen käyttäjään liittyvät tekijät, jotka edesauttavat tai hankaloittavat lääkkeen lopettamista (Reeve ym. 2013).

4.2.1 Lääkkeen lopettamista hankaloittavia tekijöitä

Usein potilas ja omaiset ajattelevat potilaan käyttävän liikaa lääkkeitä (Palagyi ym. 2016). Lääkityksen tarpeellisuutta ei kuitenkaan yleensä haluta kyseenalaistaa, mikäli lääkärin osaamista kunnioitetaan (Spinewine ym. 2005; Palagyi ym. 2016). Toisaalta potilaiden ja heidän omaistensa puutteelliset tiedot lääkkeiden vaikutuksista ja käyttöaiheista saattavat osaltaan johtaa välinpitämättömään suhtautumiseen potilaan monilääkitystä kohtaan (Palagyi ym. 2016). Potilaat saattavat myös odottaa saavansa lääkemääräyksen aina lääkärin vastaanotolla asioidessaan, ja potilaan käsitys lääkityksen välttämättömyydestä sairauden hoidossa heikentää kykyä luopua lääkkeen käytöstä (Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Potilaan epävarma tai vastahakoinen suhtautuminen muutokseen sekä haluttomuus kokeilla vaihtoehtoisia hoitomuotoja ovat yleisimmät lääkityksen lopettamista hankaloittavat potilaslähtöiset tekijät (Anderson ym. 2014).

Kokemus lääkkeen terapeuttisesta vaikutuksesta ja toivo tulevaisuudessa mahdollisesti esiin tulevista lääkityksen hyödyistä vähentävät potilaan halukkuutta lääkkeen lopettamiseen (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Toisaalta lääkkeen lopettaminen voi olla hankalaa myös silloin, kun lääkkeestä ei koeta haittaa (Reeve ym. 2016). Lisäksi potilaalla saattaa olla psykologisia syitä jatkaa lääkkeen käyttöä (Reeve ym. 2013). Lääkityksen jatkaminen saattaa esimerkiksi antaa potilaalle mielenrauhan, tai lääkkeen uskotaan olevan tehokkaampi hoitovaihtoehto verrattuna lääkkeettömiin hoitoihin tai aikaisemmin käytössä olleisiin lääkkeisiin.

Potilaat saattavat kokea lääkkeen lopettamisen ongelmallisena silloin, kun lääkäriltä saatu tuki tai lääkkeen lopettamiseen suunniteltu aika koetaan riittämättömänä (Reeve ym. 2013). Myös epäily lääkkeen lopettamista suosittelleen lääkärin ammattitaidosta voi saada potilaan kieltäytymään lääkityksen purkamisesta. Toisaalta on huomioitava, että potilas ei aina välttämättä ole ymmärtänyt lopetussuunnitelmaa, vaikka siitä olisikin keskusteltu lääkärin kanssa. Lisäksi aikaisemmin lääkkeen lopettamisen yhteydessä koetut vieroitusoireet tai oireiden palaaminen saattavat saada potilaan suhtautumaan kielteisesti ja jopa pelokkaasti lääkkeen lopettamiseen (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016).

Potilaat saattavat kokea painostusta lääkityksen (esim. psykoosilääkkeet) jatkamiseen läheistensä tai terveydenhuoltohenkilöstön puolelta (Reeve ym. 2013). Mikäli lääkäri toistuvasti määrää lääkettä potilaalleen, voi potilaalle muodostua käsitys siitä, että lääkityksen jatkaminen on hyväksyttävää. Vaikka potilas olisikin halukas lääkkeen lopettamiseen, voi lääkärin kielteinen suhtautuminen lopetukseen saada potilaan myöntymään lääkityksen jatkamiseen (Reeve ym. 2016). Potilas on saattanut myös tottua lääkitykseen, eikä jo pitkään käytössä olleen lääkkeen lopettamiselle välttämättä nähdä perusteita tai sen lopettamista pidetä hankalana (Spinewine ym. 2005; Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Toisaalta potilas saattaa esimerkiksi kokea olevansa liian vanha lääkitysmuutokseen tai pitää suvussaan esiintynyttä sairautta perusteena lääkityksen jatkamiselle (Cook ym. 2007b; Reeve ym. 2016).

4.2.2 Lääkkeen lopettamista edesauttavia tekijöitä

Potilaan kyky suhtautua avoimesti muutoksiin edistää lääkkeen lopetussuunnitelman toteutumista (Anderson ym. 2014). Kokemus lääkkeen tehottomuudesta tai tarpeettomuudesta, kuten oireettomuus tai tunne kyvystä pärjätä ilman lääkettä, voi niin ikään lisätä potilaan myönteistä suhtautumista lääkkeen lopettamiseen (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Sairauden huono ennuste ja potilaan siirtyminen oireita lievittävään palliatiiviseen hoitoon ovat esimerkkejä tilanteista, joissa potilaalle tarpeettomaan lääkitykseen usein kiinnitetään huomiota ja lääkkeitä lopetetaan (Spinewine ym. 2005). Toisaalta lääkkeestä luopumista voi helpottaa myös potilaan usko paremman hoitovaihtoehdon olemassaoloon (Reeve ym. 2016). Samoin luottamus lääkkeen lopettamista ehdottaneen lääkärin ammattitaitoon voi saada potilaan myöntymään lääkkeen lopettamiseen.

Pelko lääkeriippuvuuden kehittymisestä tai lääkkeen sivu- tai yhteisvaikutuksista, samoin kuin lääkkeestä mahdollisesti jo aiheutuneet sivuvaikutukset voivat lisätä potilaan halua lääkityksen lopettamiseen (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Kielteinen suhtautuminen lääkkeiden käyttöön yleensä, sekä pelko lääkkeen stigmatisoivasta vaikutuksesta ovat niin ikään lääkkeen lopettamista edesauttavia tekijöitä. Toisaalta myös vaikeudet lääkityksen toteuttamisessa käytännössä (esim. annostelu, kustannukset) sekä potilaan tuntema epäluottamus lääkityksen aloittanutta lääkäriä kohtaan voivat lisätä potilaan myöntyvyyttä lääkkeen lopettamiseen.

Tärkeänä osana onnistunutta lääkkeen lopetusprosessia potilaat pitävät riittävän ajankäytön, säännöllisen seurannan ja avoimen kommunikaation muodossa lääkäriltä saatavaa tukea sekä mahdollisuutta osallistua lopetusprosessin aikana myös muuhun prosessia tukevaan toimintaan, kuten terapiaan (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Olennainen merkitys prosessin onnistumisessa on myös potilaan perheen ja läheisten suhtautumisella sekä lääkkeen lopetuspäätöstä tukevalla tutkimustiedolla ja mediasisällöllä. Potilasta voidaan motivoida lääkkeen lopettamiseen esimerkiksi korostamalla potilaan mahdollisuutta aloittaa lääkkeen käyttö tarvittaessa uudelleen (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Suositeltavaa olisi lopettaa yksi lääke kerrallaan, ja tarpeen vaatiessa vieroittaa potilas lääkkeestä ennen sen varsinaista lopettamista (Reeve ym. 2016).

4.3 Perusteettomaan monilääkitykseen ja iatrogeneesiin yhteydessä olevia lääkeryhmiä

Kirjallisuudessa mainitaan useita iäkkäille varauksin soveltuvia ja iatrogeeniselle lääkeshoidolle altistavia lääkkeitä tai lääkeryhmiä. Näistä lääkeryhmistä tarkastellaan seuraavaksi erityisesti antikoliiniesteraasien, bentsodiatsepiinien, opioidien, psykoosilääkkeiden, tulehduskipulääkkeiden, protonipumpun estäjien sekä verenpainelääkkeiden käyttöä iäkkäillä. Sekä varauksin iäkkäille soveltuvat lääkkeet että iatrogeenisen lääkehoidon riskiä lisäävät lääkkeet altistavat iäkkäät potilaat iatrogenesista aiheutuville lääkitysongelmille. Esimerkkejä varsinaisista iäkkäillä vältettävistä lääkkeistä ovat bentsodiatsepiinit, psykoosilääkkeet sekä pitkäaikainen protonipumpun estäjän tai tulehduskipulääkkeen käyttö (American Geriatrics Society 2015). Muita iäkkäille varauksin soveltuvia lääkkeitä ovat esimerkiksi antikoliiniesteraasit ja opioidit niiden mahdollisen potilaan tilaa tai oireita pahentavan vaikutuksen vuoksi. Tyypillisiä esimerkkejä iatrogeenisesta lääkehoidosta aiheuttavista lääkkeistä ovat perinteiset tulehduskipulääkkeet sekä tietyt verenpainelääkkeet. Toisaalta iäkkäille varauksin soveltuvien lääkkeiden käyttö voi jo itsessään lisätä iatrogeenisen lääkehoidon riskiä, mikäli lääkkeen käytöstä iäkkäälle aiheutunutta haittaa päädytään hoitamaan uusilla lääkkeillä.

4.3.1 Antikoliiniesteraasit

Antikoliiniesteraaseja eli asetyylikoliiniesteraasin (AKE) estäjiä (donepetsiili, galantamiini, rivastigmiini) käytetään dementian, yleensä Alzheimerin taudin kognitiivisten eli tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden hoidossa (Gill 2005; Rinne ja Koulu 2012; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Alzheimerin taudissa erityisesti asetyylikoliinin ja muiden aivojen välittäjäaineiden toiminta on heikentynyt hermosolujen tuhoutumisen seurauksena (Rinne ja Koulu 2012; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Antikoliiniesteraasien vaikutuksesta aivojen asetyylikoliiniaktiivisuus lisääntyy, mikä tehostaa kolinergisen järjestelmän, kuten muistin, tarkkaavaisuuden ja vireystilan toimintaa (Koulu ja Piepponen 2012, s. 178; Rinne ja Koulu 2012; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Vaikutusmekanisminsa vuoksi antikoliiniesteraasit aiheuttavat kuitenkin myös kolinergisia haittavaikutuksia, kuten pahoinvointia, ripulia, huimausta ja virtsain-

kontinenssia (Hashimoto ym. 2000; Gill ym. 2005; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017).

Antikoliiniesteraasien käyttöön liittyvä virtsainkontinenssi tulkitaan toisinaan virheellisesti oireena muistisairauden pahenemisesta (Gill ym. 2005). Virtsainkontinenssin hoitoon tarkoitettuja antikolinergisia lääkkeitä (oksybutyniini, tolterodiini, flavoksaatti) määrätään tutkimuksen mukaan yleisemmin antikoliiniesteraaseja käyttäville kuin niitä käyttämättömille dementiaa sairastaville yli 65-vuotiaille. Koska antikoliiniesteraasien teho saattaa kuitenkin heikentyä samanaikaisesti käytettävän antikolinergin vaikutuksesta, voi lääkkeiden yhteiskäyttö olla epärationaalista. Lisäksi antikolinergeja pidetään erityisesti muistisairaille iäkkäille sopimattomina lääkkeinä niiden kognitiivisia toimintoja heikentävän ja sekavuudelle altistavan vaikutuksensa vuoksi (Agostini ym. 2001; American Geriatrics Society 2015). Virtsainkontinenssin hoitamiseksi suositeltavampaa olisikin esimerkiksi antikoliiniesteraasin annoksen pienentäminen antikolinergisen lääkkeen aloittamisen sijaan (Gill ym. 2005).

4.3.2 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiineja (esim. alpratsolaami, diatsepaami, klooridiatsepoksidi, loratsepaami, oksatsepaami) käytetään yleisesti iäkkäillä erityisesti ahdistuneisuuden, unettomuuden sekä paniikkihäiriöiden hoidossa (Hartikainen ym. 2003; Barker ym. 2004a; Syvälahti ja Hietala 2012; Vaapio ym. 2015). Vuonna 2015 Lohjan kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaista tutkimukseen osallistuneista asiakkaita 43 %:lla oli käytössään bentsodiatsepiini tai sen kaltainen lääke (Jyrkkä 2017). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan bentsodiatsepiinit ovat hoitokotiin muuttaneiden, kognitiivisista oireista tai dementiaa kärsivien, ikääntyneiden lääkityksistä yleisimmin lopetettuja varauksin soveltuvia lääkkeitä (MacLagan ym. 2017). Samalla ne kuitenkin olivat tutkimuksessa psykoosilääkkeiden jälkeen heti seuraavaksi yleisin ikääntyneellä aloitettava varauksin soveltuva lääke hoitokotiin muuttamisen jälkeen.

Bentsodiatsepiinien rauhoittava ja unettava vaikutus perustuu keskushermoston inhibitorisena välittäjäaineena toimivan gamma-aminovoihapon (GABA) reseptorivaikutuk-

sen tehostumiseen (Syvälahti ja Hietala 2012; Xing ym. 2014). Bentsodiatsepiinien kaltaisiin unettomuuden hoidossa käytettäviin lääkeaineisiin luetaan kuuluviksi tsopikloni, tsaleploni ja tsolpideemi (Z-lääkkeet) perustuen niiden bentsodiatsepiinireseptoreiden kautta välittyvään vaikutusmekanismiin (Syvälahti ja Hietala 2012; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018).

Bentsodiatsepiinien käytön tulisi aina olla mahdollisimman lyhytaikaista, ja lääkkeen käytöstä tulisi pyrkiä luopumaan viimeistään 4–6 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta (Hartikainen ym. 2003; Kivelä ja Räihä 2007; Syvälahti ja Hietala 2012, s. 418; Vaapio ym. 2015). Erityisesti iäkkäät ovat alttiita bentsodiatsepiinien käytöstä aiheutuille haittavaikutuksille (Hartikainen ym. 2003; Kivelä ja Räihä 2007; Nurminen ym. 2010; Puustinen ym. 2011; Vaapio ym. 2015). Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttöön yhdistettyjä haittavaikutuksia ovat päiväväsymys, kognitiivisten toimintojen heikentyminen, psykomotoriset haitat, kaatuilu, virtsainkontinenssi sekä mahdollinen toleranssin ja lääkeriippuvuuden kehittyminen (Landi ym. 2002; Barker ym. 2004a; Kivelä ja Räihä 2007; Nurminen ym. 2010; Puustinen ym. 2011; Kashyap ym. 2013; Tannenbaum ja Johnell 2014; American Geriatrics Society 2015; Vaapio ym. 2015). Bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden on todettu olevan yhteydessä kohonneeseen lonkkamurtumarisktiin perustuen niiden kaatumisalttiutta lisäävään vaikutukseen (Wagner ym. 2004; Nurminen ym. 2010; Xing ym. 2014).

Esimerkkejä bentsodiatsepiinien aiheuttamista kognitiivisista haitoista ovat muistitoiminnan, ongelmanratkaisu- ja keskittymiskyvyn sekä motoristen toimintojen heikentyminen (Barker ym. 2004a; Glass ym. 2005; Huedo-Medina ym. 2012). Kognitiivisten haittavaikutusten riskiä lisäävät bentsodiatsepiinien pitkäaikainen käyttö suurina annoksina sekä muu samanaikainen lääkitys tai alkoholin käyttö (Barker ym. 2004a). Tutkimusten mukaan pitkäaikaisen bentsodiatsepiinien käytön seurauksena osa kognitiivisista muutoksista saattaa ainakin jossain määrin palautua käytön lopettamisen myötä, mutta palautuminen saattaa kestää pitkään, ja osa muutoksista voi jäädä pysyviksi (Barker ym. 2004b; Puustinen ym. 2014).

Erityisen ongelmallista bentsodiatsepiinien käytöstä aiheutuvien kognitiivisten haittojen esiintyminen on dementiaa sairastavilla potilailla, joiden hoidon keskeisenä tavoitteena on potilaan kognitiivisen toimintakyvyn ylläpito (Kivelä ja Räihä 2007; Taipale ym. 2015). Suomalaisen kohorttitutkimuksen mukaan bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käyttö on Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla muuta väestöä yleisempää (Taipale ym. 2015). Tutkimuksessa Alzheimerin tautia sairastavista kotona asuvista 45 % ja verrokeista 38 % oli käyttänyt bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia lääkeaineita neljän vuoden seurantajakson aikana. Myös lääkkeiden pitkäaikaiskäytön todettiin olevan Alzheimerin tautia sairastavilla muuta väestöä yleisempää. Muita bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä ovat tutkimuksen mukaan potilaan korkea ikä, muut samanaikaiset sairaudet sekä naissukupuoli.

Pitkäaikainen bentsodiatsepiinien käyttö voi jo pienillä hoitoannoksilla johtaa riippuvuuden kehittymiseen ja lääkkeen lopettamisen yhteydessä ilmeneviin vieroitusoireisiin (Chen ja Lader 1990; Vaapio ym. 2015). Vieroitusoireet voivat esimerkiksi ilmetä potilaan hoitoa edeltäneiden oireiden, kuten ahdistuksen tai unettomuuden, tilapäisenä pahenemisena (Chen ja Lader 1990; Syvälahti ja Hietala 2012). Muita esimerkkejä bentsodiatsepiinien käytön lopettamiseen liittyvistä oireista ovat ärtyneisyys, pahoinvointi, päänsärky, hikoilu sekä aistiharhat, pahimmillaan myös kouristelu ja delirium (Chen ja Lader 1990; Rovasalo 2016). Toisinaan potilaan kokemat hankalat vieroitusoireet saatavat muodostua esteeksi bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkeaineiden käytön lopettamiselle (Cook ym. 2007a; Vaapio ym. 2015). Vieroitusoireiden välttämiseksi bentsodiatsepiinien käytön lopettaminen tulisi aina tehdä annosta vähitellen pienentäen (Kivelä ja Räihä 2007; Lähtenmäki ym. 2014; Puustinen 2014; Puustinen ym. 2016).

4.3.3 Opioidit

Tutkimusten mukaan 40–60 % ikääntyneistä kokee kroonista, yli kolme kuukautta kestänyttä kipua, jonka esiintyminen yleistyy merkittävästi ikääntymisen myötä (Elliott ym. 1999; Papaleontiou ym. 2010; Haanpää 2017). Opioidien käyttöä kivun lievityksessä suositellaan muun kipulääkityksen, kuten parasetamolin, tulehduskipulääkkeen tai nii-

den yhdistelmän, ollessa riittämätöntä (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Opioidit jaetaan heikkoihin (esim. kodeiini, buprenorfiini, tramadoli) ja vahvoihin (esim. morfiini, oksikodoni, fentanylili) (Kalso ym. 2009; Hagelberg ja Pertovaara 2012). Opioidien kipua lievittävä vaikutus perustuu μ -opioidireseptorien aktivaatioon useassa eri aivojen osassa (Hagelberg ja Pertovaara 2012).

Opioidien käyttö on lisääntynyt, ja myös niiden pitkäaikainen käyttö on yleistynyt (Campbell ym. 2010; Kantor ym. 2015). Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan opioidien pitkäaikaiskäyttö muun kuin syöpäkivun hoidossa oli vuonna 2005 yleisintä yli 65-vuotiaiden naisten keskuudessa, joista opioideja tähän tarkoitukseen käytti 8–9 % (Campbell ym. 2010). Suomalaisen tutkimuksen mukaan Alzheimerin tauti lisää opioidien pitkäaikaisen käytön todennäköisyyttä hyvänlaatuisen kivun hoidossa (Hamina ym. 2017). Muita pitkäkestoiseen opioidilääkitykseen selkeästi yhteydessä olevia tekijöitä ovat tutkimuksen mukaan potilaan korkea ikä, naissukupuoli, nivelreuma, osteoporoosi, alhainen sosioekonominen asema sekä pitkäaikainen bentsodiatsepiinien käyttö. Myös pitkäkestoisen opioidilääkityksen lopettaminen on tehtävä asteittain vieroitusoireiden, kuten ärtyneisyyden, unettomuuden ja ripulin välttämiseksi (Kalso ym. 2009).

Yleisiä opioidien käytöstä iäkkäille aiheutuvia haittavaikutuksia ovat erityisesti ummetus ja keskushermostovaikutukset (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Ummetus on opioidien käyttäjillä erittäin yleistä, ja siksi samanaikaista ummetuslääkkeiden, kuten natriumpikosulfaatin ja laktuloosin, käyttöä suositellaan (Kalso ym. 2009). Kuivumistilasta ja munuaisten vajaatoiminnasta kärsivät vaikeasti sairaat iäkkäät ovat puolestaan erityisen alttiita pitkäaikaisesta ja suuriannoksisesta opioidilääkityksestä aiheutuville keskushermostohaittoille, kuten sekavuudelle ja kognitiovaikeuksille (Pergolizzi ym. 2008; Puustinen ym. 2011). Keskushermostohaittojen myötä kohonneen kaatumisriskin vuoksi opioideja ei suositella iäkkäille, joilla on taustallaan aiempia kaatumisia tai murtumia (Pergolizzi ym. 2008; American Geriatrics Society 2015). Suomalaistutkimuksessa havaittiin opioidien rinnakkaiskäytön psykoosilääkkeiden tai bentsodiatsepiinien kanssa saattavan kohottaa yli 65-vuotiaiden miesten murtumariskiä (Nurminen ym. 2013).

Muita tavallisimpia opioidien käytöstä aiheutuvia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi ja oksentelu, väsymys, huimaus, hikoilu, kutina, virtsaumpi sekä hallusinaatiot ja painajaiset (Kalso ym. 2009). Lisäksi voi esiintyä esimerkiksi keuhkoputkien supistuvuutta ja hengityslamaa (Kivelä ja Räihä 2007; Kalso ym. 2009). Pitkään jatkuneessa ja oikein annostellussa opioidilääkityksessä hengityslaman riski on kuitenkin pieni samoin kuin kipupotilailla, joilla kipu itsessään stimuloi hengityskeskusten toimintaa (Kalso ym. 2009). Toisaalta pitkään jatkunut opioidien käyttö saattaa herkistää kivunsäätelyjärjestelmän toimintaa johtaen kipuherkkyyden lisääntymiseen. Lääkkeen pieni aloitusannos, annosvälien pidentäminen sekä sopivan lääkeannoksen määrittäminen titraamalla voivat auttaa vähentämään opioideista aiheutuvia haittavaikutuksia (Pergolizzi ym. 2008).

Vaikka opioidien käyttöä iäkkäillä tulisi haittavaikutusten vuoksi välttää, on osa tutkijoista toisaalta huolissaan opioidien alikäytöstä iäkkäillä (Auret ja Schug 2005; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Alikäytön syitä voivat olla paitsi potilaan itsensä aliarvioima kiputilanne, myös potilaan tai terveydenhuoltohenkilöstön pelko monilääkityksestä, lääkehaitoista, sekä toleranssin ja riippuvuuden kehittymisestä. Lääkeriippuvuuden kehittyminen saattaa muodostua ongelmaksi käytettäessä opioideja muiden kuin syöpään liittyvien kroonisten kiputilojen hoitoon (Kalso ym. 2009). Riippuvuuden kehittyminen on mahdollista erityisesti silloin, kun potilaalla on taustallaan aikaisempaa lääkeaine- tai päihderiippuvuutta (Kalso ym. 2009; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Opioidien väärinkäytön on kuitenkin havaittu olevan iäkkäillä harvinaista ja epätodennäköisempää kuin nuorilla, eikä pitkäaikainen opioidilääkitys välttämättä johda toleranssin kehittymiseen tai annosnoston tarpeeseen (Pergolizzi ym. 2008; Turk ym. 2008; Papa-leontiou ym. 2010).

4.3.4 Psykoosilääkkeet

Perinteiset psykoosilääkkeet (esim. haloperidoli, perfenatsiini, proklooriperatsiini) ovat yleisin lääkeparkinsonismia aiheuttava lääkeaineryhmä (Hietala ja Syvälahti 2012; Savica ym. 2017). Lääkeparkinsonismi on Parkinsonin tautia läheisesti muistuttava oireyhtymä, jonka oireita ovat Parkinsonin taudille tyypilliset hidasliikkeisyys, jäykkyys, lepopavina sekä asennon ylläpitovaikeudet (Esper ja Factor 2008; Savica ym. 2017). Lää-

keparkinsonismin riski kasvaa ikääntymisen myötä, mutta sen esiintyminen on vähentynyt perinteisten psykoosilääkkeiden käytön vähennyttyä uusien (atyyppisten) antipsykoottisten lääkkeiden (esim. ketiapiini, klotsapiini, risperidoni) yleistymisen myötä (Wang ym. 2011; Hietala ja Syvälahti 2012; Savica ym. 2017).

Koska lääkeparkinsonismi on yhdistetty erityisesti perinteisiin psykoosilääkkeisiin, saattaa atyyppisten psykoosilääkkeiden käytöstä aiheutunut lääkeparkinsonismi olla alidiagnosoitua (Esper ja Factor 2008). Tutkimuksen mukaan 7 %:ssa parkinsonismitapauksista on syynä diagnosoimaton lääkeparkinsonismi, joka 46 %:ssa tapauksista aiheutuu atyyppisen psykoosilääkkeen käytöstä. Vaikka neurologian ja psykiatrian erikoislääkäreiden on havaittu määräävän yleis- ja sisätautilääkäreitä harvemmin perinteisiä psykoosilääkkeitä potilailleen, eivät erikoislääkäritkään välttämättä tunnista atyyppisen psykoosilääkkeen aiheuttamaa lääkeparkinsonismia (Esper ja Factor 2008; Wang ym. 2011).

Toisaalta myös kaikki parkinsonismilääkkeet (dopaminergit, katekoli-O-metyylitransferaasi- eli COMT-estäjät, MAO-B-estäjät, amantadiini, antikolinergit) voivat aiheuttaa psykoosioireita potilailla, joilla on niille altistavia riskitekijöitä (Papapetropoulos ja Mash 2005). Esimerkkejä tällaisista riskitekijöistä ovat potilaan korkea ikä, dementia ja heikentynyt kognitio. Tutkimuksen mukaan psykoosioireita esiintyy noin 20–40 %:lla Parkinsonin tautia sairastavista ja siihen lääkehoitoa saavista potilaista. Tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiailla Parkinsonin tautia sairastavilla potilailla on noin 51 % kumulatiivinen riski saada psykoosilääkemääräys kuuden vuoden kuluessa parkinsonismilääkkeen aloittamisesta (Wang ym. 2011).

Parkinsonin tautiin liittyvien psykoottisten oireiden, kuten hallusinaatioiden, arvellaan osittain liittyvän dopaminergisten hermoratojen tuhoutumisen seurauksena tapahtuvaan dopamiinireseptoreiden herkistymiseen (Papapetropoulos ja Mash 2005). Tällöin sairauden oireisiin korvaushoitona annettava levodopa voi herkistyneiden dopamiinireseptoreiden välityksellä johtaa dopaminergiseen yliaktiivisuuteen. Psykoosioireita voidaan pyrkiä vähentämään pienentämällä parkinsonismilääkkeen annosta (Ferreri ym. 2006; Parkinsonin tauti: Käypä hoito -suositus 2017). Tarvittaessa potilaalle voidaan aloittaa

psykoosilääkitys, joka saattaa kuitenkin pahentaa sairauteen liittyviä motorisia oireita dopaminergistä järjestelmää hillitsevän vaikutuksensa vuoksi (Ferreri ym. 2006; Parkinsonin tauti: Käypä hoito -suositus 2017; Savica ym. 2017). Kaikkien perinteisten psykoosilääkkeiden on osoitettu pahentavan motorisia oireita, ja siksi niiden käyttöä tulisi välttää (Ferreri ym. 2006; Herrmann ym. 2013; Parkinsonin tauti: Käypä hoito 2017). Ensisijaisesti Parkinsonin tautia sairastaville suositellaan käytettävän atyyppisistä psykoosilääkkeistä ketiapiinia tai klotsapiinia (Miyasaki ym. 2006; Parkinsonin tauti: Käypä hoito -suositus 2017).

4.3.5 Tulehduskipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeet (engl. *non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs*; esim. diklofenaakki, ibuprofeeni, naprokseeni) ovat yksi yleisimmistä iäkkäiden käyttämistä lääkeryhmistä (Rochon ja Gurwitz 1997; Moilanen ja Kankaanranta 2012; Wongrakpanich ym. 2018). Vuosien 1997–2000 reseptitietokantaan perustuvan suomalaistutkimuksen mukaan tulehduskipulääkkeitä muun kuin reumaattisen kivun hoitoon säännöllisesti ja suurella annoksella käyttävistä 40 % oli yli 65-vuotiaita naisia (Helin-Salmivaara ym. 2003). Yksi esimerkki iatrogeenisesta lääkehoidosta on verenpainelääkkeen aloitus tai sen annoksen suurentaminen iäkkäällä tulehduskipulääkkeen käytön seurauksena (Rochon ja Gurwitz 1995; Rochon ja Gurwitz 1997).

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu syklo-oksigenaasientsyymien (COX-1, COX-2) estoon, ja siitä aiheutuvan prostanoidisynteesin vähenemiseen (Moilanen ja Kankaanranta 2012; Lovell ja Ernst 2017). Samalla tämän estovaikutuksen myötä munuaisten verenkierto heikkenee ja natriumin erittyminen virtsaan vähenee. Normaalisti munuaiset kykenevät palauttamaan elimistön natriumtasapainon lisäämällä natriumin erittymistä virtsaan, mutta erityisesti kroonista munuaissairautta sairastavilla tämä säätelyjärjestelmä on häiriintynyt. Tällöin seurauksena voi olla esimerkiksi verenpaineen kohoaminen ja turvotukset (White 2007; Moilanen ja Kankaanranta 2012). Meta-analyysin mukaan ainakin useita viikkoja jatkuva tulehduskipulääkkeen käyttö kohottaa keskiverenpainetta noin 5 mmHg (Johnson ym. 1994). Verenpainelääkityksen tehostamisen onkin havaittu olevan yhteydessä tulehduskipulääkkeen käyttöön (Fournier ym.

2012). Tutkimuksessa todettiin erityisesti ACE-estäjien ja angiotensiinireseptorin (ATR) salpaajien tehon heikkenevän yhteiskäytössä tulehduskipulääkkeen kanssa.

Yleisin tulehduskipulääkkeiden aiheuttama haittavaikutus on ruoansulatuskanavan limakalvovaurio, mikä saattaa johtaa ruoansulatuskanavan verenvuotoon tai mahahaavaan (Moilanen ja Kankaanranta 2012; American Geriatrics Society 2015). Lisäksi COX-2-selektiivisiin tulehduskipulääkkeisiin (esim. etorikoksibi, selekoksibi) liittyy kohonnut sydänhaittojen riski, minkä vuoksi niiden käyttö on kielletty tietyissä vasta-aiheissa (EMA 2005; Moilanen ja Kankaanranta 2012). Tulehduskipulääkkeen pitkäaikaista käyttöä iäkkäillä tulisi välttää (Rochon ja Gurwitz 1997; American Geriatrics Society 2015; Wongrakpanich ym. 2018). Mikäli tulehduskipulääkkeen käyttö on välttämätöntä, tulisi käyttää pienintä tehokasta annosta ja seurata mahdollisten haittavaikutusten ilmenemistä potilaalla (Rochon ja Gurwitz 1997; Wongrakpanich ym. 2018).

4.3.6 Protonipumpun estäjät

Erityisesti epäselektiiviset, sekä COX-1:tä että COX-2:tä estävät, tulehduskipulääkkeet vähentävät prostaglandiinisynteesiä estäessään myös mahan limakalvoa suojaavien prostaglandiinien tuotantoa, mikä lisää mahan limakalvovaurion riskiä (Huupponen 2012). Mahahapon erityistä estäviä protonipumpun estäjiä (engl. *proton pump inhibitors*) eli PPI-lääkkeitä (esim. esomeperatsoli, omepratsoli, pantopratsoli) määrätään usein iäkkäille pitkäaikaisen tulehduskipulääkekuurin ohkeen suojaamaan tulehduskipulääkkeen aiheuttamalta mahdolliselta mahaärsytykseltä (Cahir ym. 2010; Huupponen 2012). Pantopratsoli oli yleisimmin käytetty iäkkäillä vältettävä lääke Lohjan kaupungin kotihoidon iäkkäillä asiakkailta vuonna 2015 (Jyrkkä 2017).

Tehokkaina ja suhteellisen turvallisina pidettyjen PPI-lääkkeiden käyttö on lisääntynyt merkittävästi, ja niiden käyttö on yleistä erityisesti iäkkäiden keskuudessa (Wolfe ja Sachs 2000; Forgacs ja Loganayagam 2008; Hollingworth ym. 2010). Tutkimusten mukaan noin 20–30 % hoitokodeissa asuvista iäkkäistä käyttää PPI-lääkkeitä (Teramura-Grönblad ym. 2010; Rane ym. 2017). Toisaalta noin 35–50 % iäkkäiden PPI-lääkkeiden käytöstä on arvioitu olevan epäasianmukaista eikä PPI-lääkkeiden yli kahdeksan viik-

koa jatkuvaa käyttöä suositella iäkkäille ilman erityistä aihetta (Cahir ym. 2010; American Geriatrics Society 2015; Rane ym. 2017). PPI-lääkkeiden käytön on havaittu iäkkäillä olevan yhteydessä muun muassa heikentyneeseen toimintakykyyn sekä suurempaan yhtäaikaissairauksien ja käytössä olevien lääkkeiden määrään (Teramura-Grönblad ym. 2010). PPI-lääkkeiden käyttäjillä on tutkimusten mukaan kohonnut riski sairastua *Clostridium difficile* - tai muuhun ruoansulatuskanavan infektiin, ja myös ripulin esiintymisen on todettu olevan yleisempää (Howell ym. 2010; Teramura-Grönblad ym. 2010; Bavishi ja Dupont 2011; American Geriatrics Society 2015).

Pitkäaikaisen, yli vuoden kestävä PPI-lääkkeen käytön on todettu lisäävän lonkkamurtuman riskiä yli 50-vuotiailla (Yang ym. 2006). Riskin havaittiin tutkimuksessa olevan merkittävästi kohonnut pitkäkestoisen ja suuriannoksisen PPI-lääkityksen yhteydessä. Ilmiön taustalla saattaa olla vähentyneestä mahahapon erityksestä aiheutuva kalsiumin imeytymisen heikentyminen. Myös toisen tutkimuksen mukaan PPI-lääkkeitä säännöllisesti käyttävillä iäkkäillä on muita useammin taustallaan aikaisempi lonkkamurtuma (Teramura-Grönblad ym. 2010). PPI-lääkkeitä tulisikin määrätä potilailla harkiten ja suosia pieniä annoksia (Yang ym. 2006). Mikäli iäkkään potilaan on välttämätöntä käyttää suuriannoksista PPI-lääkettä pitkäkestoisesti, saattaa kalsiumlisän käyttö olla tarpeen. Lisäksi PPI-lääkkeiden on todettu joillakin potilailla heikentävän raudan, magnesiumin ja B12-vitamiinin imeytymistä, minkä vuoksi voi olla perusteltua turvata näiden aineiden saanti ravintolisien muodossa (Hutchinson ym. 2007; Lam ym. 2013; Cheung-pasitporn ym. 2015).

4.3.7 Verenpaineelääkkeet

Kohonneen verenpaineen hoidossa yleisesti käytettävien angiotensiinikonvertaasientsyymin (ACE) estäjien (esim. enalapriili, perindopriili, ramipriili) verenpainetta alentava vaikutus perustuu valtimoiden laajenemiseen (Paakkari ja Mervaala 2012). ACE-estäjät estävät angiotensiini I:n aktivoitumista angiotensiini II:ksi, jolloin myös angiotensiini II:n verisuonia supistava vaikutus vähenee. Samalla verisuonia laajentavan bradykiniinin inaktivoituminen hidastuu, mikä osaltaan alentaa verenpainetta. Lisäksi see-

rumin aldosteronipitoisuus laskee, mikä johtaa natriumin ja veden poistumiseen elimistöstä sekä kaliumin erityksen vähenemiseen ja niin ikään verenpaineen alenemiseen.

ACE-estäjien tyypillisenä haittavaikutuksena, todennäköisesti bradykiniinin hidastuneen hajoamisen seurauksena, esiintyy kuivaa yskää 20 %:lla käyttäjistä (Paakkari ja Mervaala 2012; Nikkilä 2016). Yskä alkaa yleensä muutaman viikon kuluessa ACE-estäjän käytön aloittamisesta eikä sen esiintyminen ole annosriippuvaista (Olsen 1995; Paakkari ja Mervaala 2012). ACE-estäjän käytöstä aiheutuva yskä lisää ponnistusinkontinenssin todennäköisyyttä (Tannenbaum ja Johnell 2014). Yskän ilmaantuminen potilaalla saattaa edellyttää ACE-estäjän lopettamista ja tarvittaessa korvaamista toisen vaikutusmekanismin verenpainelääkkeellä, kuten ATR-salpaajalla (Pavord ja Chung 2008; Nikkilä 2016).

Tutkimusten mukaan lääkärit eivät aina tunnista potilaan yskää ACE-estäjän haittavaikutukseksi tai osaa hoitaa sitä asianmukaisella tavalla (Lombardi ym. 2005). Toisaalta lääkärit eivät välttämättä halua luopua ACE-estäjän käytöstä, mikäli potilaan lääkkeestä saama hyöty on haittavaikutuksia merkittävämpi (Vegter ja de Jong-van den Berg 2010). ACE-estäjän käytön lopettamisen sijaan lääkäri saattaa määrätä potilaalleen yskänäräytystä hillitseviä antitussiiiveja, kuten kodeiinia, joiden teho ACE-estäjien aiheuttamassa yskässä on kuitenkin kyseenalainen (Olsen 1995; Lombardi ym. 2005; Liu ym. 2009; Vegter ja de Jong-van den Berg 2010). On myös mahdollista, että lääkäri suositusten mukaisesti keskeyttää ACE-lääkityksen tai vaihtaa sen toisen ryhmän verenpainelääkkeeseen, mutta määrää lisäksi antitussiiivin potilaan yskään (Vegter ja de Jong-van den Berg 2010). Tutkimuksen mukaan noin 15 % ACE-estäjien käyttäjistä saa reseptin myös yskää hillitsevälle lääkkeelle puolen vuoden kuluessa ACE-estäjän käytön aloittamisesta. Antitussiiivin käytön aloittaminen ACE-estäjän aiheuttamaan yskään altistaa potilaan kuitenkin antitussiiivin mahdollisille haittavaikutuksille.

Tutkimusten mukaan noin 35–50 % sydämen vajaatoimintapotilaista kärsii virtsainkontinenssista (Tannenbaum ja Johnell 2014). ACE-estäjien lisäksi myös β -salpaajien tai diureettien käyttö saattaa lisätä virtsaamisvaikeuksia sydämen vajaatoimintaa sairastavilla iäkkäillä potilailla (engl. *drug-disease interaction*). Diureetit lisäävät natriumin

eritystä virtsaan ja elimistöstä erittyvän nesteen määrää lievittäen samalla sydämen vajaatoimintaan liittyviä turvotuksia ja laskimopainetta (Neuvonen 2012). β -salpaajien arvellaan puolestaan lisäävän virtsaamispakkoa johtuen niiden virtsarakon supistuvuutta lisäävästä vaikutuksesta (Ruby ym. 2005; Tannenbaum ja Johnell 2014).

4.4 Keinoja perusteettoman monilääkityksen ja iatrogeneesin ehkäisemiseksi

Lääkehoidosta aiheutuvia iatrogeenisia haittoja potilaalla voidaan vähentää esimerkiksi lisäämällä lääkkeen määrääjien valveutuneisuutta (Anderson ym. 2014). Lääkkeen tarpeellisuutta potilaalla tulisi arvioida sen perusteella, onko lääkkeellä edelleen olemassa oleva käyttöaihe, käyttääkö potilas lääkettä ylipäätään, hyötyykö potilas lääkkeestä ja ovatko lääkkeen hyödyt mahdollisia haittoja merkittävämpiä (Scott ym. 2015). Myös potilaiden ja omaisten ymmärrystä läkehoidoista ja lääkkeiden vaikutuksista tulisi lisätä (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Terveystieteiden ammattilaisten tulisi keskustella lääkityksestä potilaan kanssa, ja potilaat tulisi saada paremmin osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Reeve ym. 2013; Anderson ym. 2014).

Riskiä lääkkeiden aiheuttamiin haittavaikutuksiin iäkkäällä voidaan vähentää aloittamalla uusi lääkitys pienellä annoksella sekä käyttämällä lääkkeestä pienintä mahdollista annosta (Rochon ja Gurwitz 1997; Kalisch ym. 2011; McLendon ja Shelton 2011). Potilasta tulisi tiedottaa lääkkeiden mahdollisista haittavaikutuksista ja kysyä, onko hänelle ilmaantunut uusia oireita lääkityksen aikana (Kalisch ym. 2011). Lääkityksen mahdollista yhteyttä potilaan oireeseen tulisi arvioida erityisesti silloin, kun potilaalla on äskettäin aloitettu uusi lääke tai lääkkeen annostusta on muutettu (Rochon ja Gurwitz 1997; Kalisch ym. 2011). Ennen uuden lääkkeen aloittamista aikaisemman lääkkeen aiheuttamaan haittavaikutukseen olisi ensimmäisen lääkkeen käytön jatkamiseen liittyvät hyödyt arvioitava suhteessa uuden lääkkeen mahdollisesti aiheuttamiin haittavaikutuksiin. Myös eri lääkevaihtoehtojen ja lääkkeettömän hoidon tarjoamat mahdollisuudet tulisi huomioida potilaan hoidossa (Rochon ja Gurwitz 1997; McLendon ja Shelton 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Lisäksi iäkkäiden potilaiden kohdalla lääkitys ja sen tarve tulisi arvioida säännöllisesti (Rochon ja Gurwitz 1995; Sosiaali- ja terveysministe-

riö 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013.).

Päädyttäessä potilaan kohdalla lääkkeen lopettamiseen tulisi lääkkeen lopetussuunnitelma laatia ja toteuttaa huolellisesti (Reeve ym. 2013). Terveystieteiden ammattilaisten tehtävä on saada potilas ymmärtämään lääkkeen lopettamisen tarpeellisuus ja mahdollistaa näin potilaan sitoutuminen lopetusprosessiin (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Keskeinen merkitys lääkkeen lopettamisen onnistumisessa on myös potilaan hoitavalla lääkäriä (Reeve ym. 2013; Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Tarvittaessa lääkkeen määrääjän olisi saatava päätöksentekoonsa tukea erikoislääkäreiltä, kuten geriatrialta (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014). Myös moniammatillisen hoitoyhteisön tekemät huomiot potilaan lääkehoitoon liittyvistä ongelmista, kuten farmasistien tekemät säännölliset lääkitysarviot, parantavat lääkkeen määrääjään mahdollisuuksia asianmukaiseen lääkkeen määräämiseen. Toisaalta monilääkitystä saattavat vähentää myös esimerkiksi tiedonkulun parantaminen terveydenhuollossa sekä lääkkeiden määräämistä hillitsevät viranomaistoimenpiteet.

II TUTKIMUSOSA

5 TAVOITTEET

Tässä pro gradu -tutkielman tutkimusosassa tehdään yksittäisiin kotihoidon asiakaspauksiin ja terveydenhuoltohenkilökunnan näkemyksiin perustuen johtopäätöksiä siitä, mitkä yleisellä tasolla ovat ne terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan liittyvät perimmäiset syyt, jotka iäkkäillä kotihoidon asiakkailla johtavat perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiseen. Tutkimusongelma jaetaan kolmeen pääkysymykseen:

- 1) Mitkä ovat keskeisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat iäkkäillä kotihoidon asiakkailla?

- 2) Miten lääkkeet alkavat kertyä yksittäisille kotihoidon asiakkaille?
- 3) Kuinka rationaalista on lääkkeen aiheuttamien haittavaikutusten hoitaminen uusilla lääkkeillä?

Kysymyksen numero 2 avulla tutkittiin kotihoidon asiakkaiden monilääkitykseen johtavia tekijöitä. Kysymyksellä numero 3 suunnattiin tutkimusongelman käsittelyä puolestaan iäkkäillä kotihoidon asiakkaila esiintyvään iatrogeeniseen lääkehoitoon.

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

Pro gradu -tutkielman aineisto perustuu Lohjan kotihoidon yli 65-vuotiailla asiakkaila vuosina 2015–2017 tehtyyn satunnaistettuun ja kontrolloituun interventiotutkimukseen ”Kotihoidossa olevien ikääntyvien turvallisen lääkehoidon varmistaminen koordinoitulla toimintamallilla” (Toivo ja Airaksinen 2017; ClinicalTrials.gov 2018; Toivo ym. 2018). Yhteistyössä Lohjan kaupungin kotihoidon ja paikallisen avoapteekin kanssa interventiotutkimuksessa kehitettiin moniammatillinen toimintamalli lääkityksen arviointia tarvitsevien iäkkäiden lääkitysongelmaisten kotihoidon asiakkaiden tunnistamiseen sekä asiakkaiden lääkitysten arvioimiseen. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin mallin toimivuutta ja vaikuttavuutta.

Pro gradu -tutkielman aineisto koostuu viiden Lohjan interventiotutkimukseen osallistuneen kotihoidon asiakkaan yksilöhaastatteluista, kyseisten asiakkaiden hoitoon osallistuneiden kotihoidon sairaanhoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden yksilöhaastatteluista sekä soveltuvien osien asiakkaiden potilasasiakirjoista. Kaikille aineistoon valituille kotihoidon asiakkaille suoritettiin interventiotutkimuksessa lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA). Pro gradu -tutkielmaa varten lähetettiin tutkimuslupahakemus (LIITE 1) Lohjan kaupungin perusturvatoimelle, ja tutkimuslupa (LIITE 2) myönnettiin. Lisäksi Lohjan kaupungin kotihoidolle lähetettiin sähköpostitse pro gradu -tutkielmaa koskeva tutkimustiedote (LIITE 3) ennen terveydenhuoltohenkilökunnan haastattelujen aloittamista.

6.1 Aineisto

Pro gradu -tutkielman pääasiallinen aineisto koostuu terveydenhuoltohenkilöstölle tehdyistä yksilöhaastatteluista. Lisäksi haastateltiin tutkimukseen valittuja kotihoidon asiakkaita. Myös asiakkaiden potilasasiakirjoja hyödynnettiin tutkimuksessa siltä osin kuin tutkimuksen ja asiakkaiden lääkehoidon kannalta oli tarpeellista. Jotta aineistosta olisi saatu juurisyyanalyysin kannalta mahdollisimman kattava, valittiin tutkimukseen nimenomaan LHKA:han osallistuneita asiakkaita, joilla erityisen ongelmallinen ja monimutkainen lääkitys sekä käytössä olevien lääkkeiden perusteeton kertyminen olivat interventiotutkimuksessa perusteena LHKA:n suorittamiselle. Aineiston monipuolisuutta pyrittiin lisäämään valitsemalla tutkimukseen mahdollisimman erilaisia asiakastapauksia. Tutkielman tarkoituksena ei ollut yksityiskohtaisesti kuvata yksittäisten kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa, vaan muodostaa asiakastapausten perusteella yleisiä päätelmiä perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla vaikuttavista juurisyistä.

6.1.1 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit

Tutkimuksessa hyödynnettyjä potilasasiakirjoja olivat erityisesti tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden lääkelistat sekä interventiotutkimuksessa laaditut lääkehoidon kokonaisarviointiraportit. Lisäksi tarvittaessa tarkasteltiin asiakkaan lääkehoitoon liittyvää hoitohistoriaa potilastietojärjestelmän avulla. Kotihoidon asiakkaiden potilasasiakirjoja hyödynnettiin erityisesti laadittaessa terveydenhuollon ammattilaisille esitettäviä asiakkaiden yksilöllistä lääkehoitoa koskevia yksityiskohtaisia haastattelukysymyksiä. Näillä asiakastapauskohteisilla kysymyksillä haluttiin saada yksityiskohtaisempaa tietoa kotihoidon asiakkaiden lääkehoidoista sekä löytää syitä sille, miksi lääkehoidot olivat muoutuneet sellaisiksi kuin ne asiakkaiden kohdalla olivat. Näin varmistettiin tutkimuskysymysten mahdollisimman syvälinen käsittely, jotta varsinaiset juurisyöt perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla olisivat tulleet esiin.

Vertailemalla kotihoidon asiakkaan lääkelistoja ajankohdilta ennen ja jälkeen LHKA:n, haluttiin saada tietoa erityisesti toteutumatta jääneistä farmasistin ehdottamista lääkitysmuutoksista. Tämän tiedon perusteella laadittiin terveydenhuoltohenkilökunnalle

kysymyksiä, joiden avulla haluttiin tutkia muutosehdotusten toteutumiseen vaikuttavia syitä. Toisaalta potilasasiakirjojen avulla arvioitiin myös asiakkaiden lääkelistojen paikansa pitävyyttä vertaamalla niiden sisältämää tietoa LHKA-raportissa ja terveydenhuollon ammattilaisten haastatteluissa esiin tulleisiin tietoihin.

6.1.2 Kotihoidon asiakkaiden yksilöhaastattelut

Pro gradu -tutkielmaan oli tarkoituksena haastatella kaikkia tutkimukseen valittuja kotihoidon asiakkaita (n=5). Haastattelut toteutettiin lyhyesti LHKA:han kuuluvan asiakaskäynnin yhteydessä asiakkaiden kotona. Tutkimusluvan rajallisuuden vuoksi kotihoidon asiakkaiden haastatteluja ei nauhoitettu vaan vastauksista laadittiin haastattelutilanteessa kirjalliset muistiinpanot. Pro gradu -tutkija laati asiakashaastatteluja varten seuraavat haastattelukysymykset:

1. Tiedätkö, mihin vaivoihin Teidän lääkkeenne on määrätty?
2. Onko käytössänne jokin lääke, jonka koette erityisen tärkeäksi oman hyvinvointinne kannalta?
3. Onko käytössänne jokin lääke, joka ei mielestänne sovi Teille?
4. Millainen on suhtautumisenne lääkkeisiin yleensä?

6.1.3 Terveystenhoito henkilöstön yksilöhaastattelut

Merkittävänä lähtökohtana terveydenhuoltohenkilöstön haastattelukysymysten laadinnassa olivat tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden LHKA-raportit sekä lääkelistat ennen ja jälkeen LHKA:n. Pro gradu -tutkija täydensi ja muokkasi laatimiaan yleisiä ja asiakastapauskohaisia haastattelukysymyksiä tutkielman ohjaajilta saadun palautteen perusteella. Ennen varsinaisia haastatteluja terveydenhuoltohenkilöstölle tarkoitetut yleiset haastattelukysymykset lähetettiin sähköpostitse kirjallisesti kommentoitaviksi Lohjan kotihoidon aluevastaavana toimivalle terveydenhoitajalle. Häneltä saatujen kommenttien perusteella yleisiä haastattelukysymyksiä ei kuitenkaan ollut enää tarve muokata. Ennen haastattelukutsun (LIITE 5) lähettämistä tutkimukseen valituille sairaanhoitajille ja lääkäreille haettiin heidän haastattelijensa nauhoittamista varten

Lohjan perusturvalta lupaa alkuperäisestä tutkimuslupahakemuksesta poikkeamiseen, ja muutoshakemus hyväksyttiin (LIITE 4).

Kaiken kaikkiaan haastatteluihin tavoiteltiin kolmea sairaanhoitajaa ja neljää lääkärää, jotka olivat interventiotutkimuksessa osallistuneet tutkimukseen valittujen kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon kokonaisarviointeihin. Ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisia lähestyttiin tutkimukseen liittyen henkilöiden työ sähköpostin kautta. Sähköpostiviestissä tiedusteltiin henkilön halukkuutta osallistua tutkimukseen, ja viestin liitteenä lähetettiin varsinainen haastattelukutsu. Mikäli henkilöltä ei saatu vastausta sähköpostiin, pyrittiin häneen saamaan yhteys puhelimitse. Terveydenhuoltohenkilön lupauduttua mukaan tutkimukseen hänelle lähetettiin vähintään viisi päivää ennen sovittua haastattelujankohtaa sähköpostitse etukäteen tutustuttaviksi kaikille haastateltaville yhteiset yleiset haastattelukysymykset (LIITE 8), yhden tai kahden käsiteltävän kotihoidon asiakkaan yksilöllistä lääkehoidon tilannetta koskevat yksityiskohtaiset kysymykset sekä suostumuslomake haastattelun nauhoittamiseen (LIITE 7). Lisäksi sähköpostiviestissä kerrottiin, että myös haastattelutilanteessa on mahdollista pohtia vastauksia kysymyksiin potilastietojärjestelmän avulla. Tutkittavien kotihoidon asiakkaiden yksityisyydensuojan vuoksi heidän lääkehoitoaan koskevia yksityiskohtaisia kysymyksiä ei esitetä tässä pro gradu -tutkielmassa.

Terveydenhuoltohenkilöstön haastattelut toteutettiin haastattelun kulkusuunnitelmaa (LIITE 6) apuna käyttäen. Ennen varsinaisen haastattelun alkua kaikilta haastateltavilta pyydettiin nauhalle lupa haastattelun nauhoittamiseen. Lisäksi kasvatusten haastatellut terveydenhuoltohenkilöt allekirjoittivat nauhoittamisen suostumuslomakkeen ennen haastattelun alkua. Kaikki haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla, ja lisäksi pro gradu -tutkija pyrki tekemään kirjallisia muistiinpanoja haastattelujen aikana.

6.2 Aineiston käsittely ja analyysi

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden haastattelunauhoitteet litteroitiin eli kirjoitettiin tekstimuotoon tekstinkäsittelyohjelmalla. Litterointien oikeellisuus ja laatu varmistettiin kuuntelemalla molemmat haastattelutallenteet ja täydentäen samalla ensimmäisessä

tallenteessa mahdollisesti epäselväksi jääneitä kohtia haastattelusta. Litteroitu aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä sekä juurisyyanalyysiä soveltaen (Kylmä ja Juvakka 2007; Andersen ym. 2010). Induktiivinen sisällönanalyysi valittiin analyysimenetelmäksi, koska tutkimusaihetta haluttiin tarkastella mahdollisimman laajasta näkökulmasta ilman, että teoria selkeästi ohjaa aineiston tulkintaa. Sovellettuun juurisyyanalyysiin puolestaan päädyttiin, koska perusteellisen juurisyyanalyysin toteuttaminen olisi edellyttänyt enemmän tietoa, kuin mitä pro gradu -tutkijan oli mahdollista tutkimuksessa hyödyntää.

6.2.1 Induktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa jokaisesta terveydenhuollon ammattihenkilön haastattelusta etsittiin tutkittaviin ilmiöihin liittyviä alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin eli tiivistettiin niin, että niiden keskeinen sisältö säilyi. Pelkistetyt ilmaukset merkittiin värikoodeilla sen mukaan, mistä haastattelusta ne olivat peräisin. Analyysin seuraavassa vaiheessa kaikki eri haastatteluista peräisin olevat värikoodatut ilmaukset yhdistettiin samaan tekstitiedostoon, ja keskenään samankaltaisista ilmauksista muodostettiin ryhmiä. Jotta analyysi olisi ohjautunut vapaasti haastattelujen sisällön mukaan, aineisto luokiteltiin ryhmittelyvaiheessa riippumatta siitä, minkä haastattelukysymyksen kohdalla ilmaus kussakin haastattelussa oli tullut esiin. Jokainen muodostettu ryhmä nimettiin sen mukaan, mitä ilmiötä kaikki ryhmään kuuluvat ilmaukset kuvastivat. Keskenään samankaltaisia ryhmiä ryhmiteltiin edelleen niin, että alaluokista muodostettiin edelleen yläluokkia, jotka yhtä lailla nimettiin alaluokkia yhdistävän tekijän mukaan. Näin yksittäisten haastattelujen kuvauksista muodostettiin pelkistämisen myötä yleiskuvaus koko haastatteluaineiston sisällöstä.

6.2.2 Sovellettu juurisyyanalyysi

Pro gradu -tutkielman aineistoon sovelletussa juurisyyanalyysissä pohdittiin miksi-kysymysten avulla perimmäisiä syitä induktiivisen sisällönanalyysin myötä haastatteluaineistosta esiin tulleiden yläluokkien ilmiöille. Mikäli yläluokan ilmiölle ei ollut selkeää syytä pääteltävissä tutkimusaineistosta saadun tiedon perusteella, nimettiin ilmiö

juurisyysiksi tutkittavien ilmiöiden (iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteeton monilääkitys ja lääkitysongelmat) esiintymiselle. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on asia, joka voi olla seurausta paitsi työntekijöiden henkilökohtaisista uratavoitteista tai elämäntilanteesta, myös alan vetovoimaisuudesta työntekijän näkökulmasta katsottuna. Päätös siitä, kuuluuko hoitohenkilökunnan vaihtuvuus tämän tutkimuksen aineiston perusteella perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla oleviin juurisyihin, perustui siihen, tuliko aineistossa ilmi hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta selittäviä tekijöitä. Mikäli selittäviä tekijöitä ei havaittu, päädyttiin ilmiötä pitämään yhtenä juurisyynä tutkittaville ilmiöille.

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luvat

Tutkimukseen osallistuneet kotihoidon asiakkaat olivat antaneet kirjallisen suostumuksen Lohjan interventiotutkimukseen osallistumisesta. Samalla osallistujat olivat antaneet luvan tutkimukseen tarvittavien potilastietojen käyttämiseen ja niiden käsittelyyn yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä pro gradu -tutkielma toteutettiin Lohjan interventiotutkimuksen sisällä hyödyntäen tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon kokonaisarviointeja varten jo kerättyä aineistoa, kuten asiakashaastatteluja ja asiakkaiden lääkitystietoja.

Tutkielma toteutettiin interventiotutkimuksen saaman tutkimusluvan ja HUS:in koordinoivan eettisen toimikunnan Lohjan interventiotutkimukselle antaman puoltavan lausunnon (15.7.2015, 153/13/03/00/15) puitteissa. Jotta pro gradu -tutkielman aineistonkeruu olisi vastannut puoltavan lausunnon edellytyksiä, ei tutkielmaa varten tehtyjä lyhyitä kotihoidon asiakashaastatteluja nauhoitettu. Sen sijaan terveydenhuoltohenkilöstön haastattelut nauhoitettiin Lohjan kaupungin perusturvatoimen ja haastatteluihin osallistuneiden terveydenhuollon ammattilaisten luvalla. Nauhoittamalla sairaanhoitajien ja lääkäreiden haastattelut varmistettiin aineistonkeruun onnistuminen ja analyysin luotettavuus.

7 TULOKSET

Kotihoidon asiakkaiden haastattelut ajoittuivat välille toukokuu 2016 – helmikuu 2017. Terveysthuoltohenkilöstön haastattelut toteutettiin puolestaan ajanjaksolla joulukuu 2017 – helmikuu 2018. Kaikki terveydenhuoltohenkilöstön haastatteluista saadut tallenteet saatiin litteroitua helmikuun 2018 aikana, ja aineiston analyysi suoritettiin maaliskuun 2018 loppuun mennessä. Koska kotihoidon asiakkaiden haastatteluista saatu aineisto jäi vähäiseksi, perustuvat tutkimuksesta saadut tulokset lähinnä terveydenhuollon ammattihenkilöiden haastatteluihin.

7.1 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit

Kotihoidon asiakkaiden lääkelistoista kerättiin tietoa kotihoidon asiakkaille mahdollisesti korostuvien ja tutkimuksen kannalta keskeisten lääkkeiden käytöstä (Taulukko 2) ja asiakkaiden yleisimmistä diagnooseista (Taulukko 1). Yleisin diagnoosi tutkimukseen osallistuneilla kotihoidon asiakkaille oli kohonnut verenpaine. Verenpainelääkkeet olivatkin yleisin käytössä oleva lääkeryhmä, sillä kaikilla asiakkaille oli käytössään vähintään yksi verenpainelääkkeisiin luokiteltava lääke. Lisäksi usealla asiakkaalla oli käytössään iäkkäille varauksin soveltuvia lääkkeitä. Lääkitys- ja diagnoositietojen lisäksi pro gradu -tutkija etsi yhden kotihoidon asiakkaan kohdalla LHKA-raportista vastauksia myös kotihoidon asiakkaille tarkoitettuihin haastattelukysymyksiin, jotka tutkielman ohjaajana toiminut proviisori oli esittänyt asiakkaalle LHKA-haastattelun lomassa.

Taulukko 1. Yleisimmät diagnoosit tutkimukseen osallistuneilla kotihoidon asiakkaille (n=5).

| Diagnoosi (asiakkaiden lukumäärä) | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Aikaisempi aivoverenkiertohäiriö (3) | | |
| Alzheimerin tauti/Muistiongelmia (3) | | |
| Kohonnut verenpaine (4) | | |
| Korkea kolesteroli (3) | | |
| Tyypin II diabetes (3) | | |

7.2 Kotihoidon asiakkaiden yksilöhaastattelut

Kaikki tutkimukseen valitut kotihoidon asiakkaat olivat naisia, ja LHKA:n alkamisajan kohtana iältään 71 – 85 -vuotiaita. Tutkittaville suoritettiin LHKA keväällä 2016 tai alkuvuoden 2017 aikana. Perusteina LHKA:n tekemiseen interventiotutkimuksessa olivat asiakkaiden kohdalla esimerkiksi useat mahdolliset lääkityksestä aiheutuvat haitat, kuten väsymys, kaatuilu ja huimaus, sekä iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käyttö. Tutkittavat olivat kolmelta eri palvelualueelta Lohjan kaupungin kotihoidosta. Yhteensä palvelualueita on Lohjan kaupungin kotihoidossa viisi: Mäntynummi, Nummentausta, Routio, Virkkala-Ojamo ja Länsi-Lohja (Lohjan kaupunki 2018). LHKA:han liittyvien asiakaskäyntien aikataulusta johtuen kotihoidon asiakkaiden haastattelukysymyksiä ei ehditty pilotoida ennen niiden esittämistä kotihoidon asiakkaille.

Kahdessa asiakastapaamisessa pro gradu -tutkija itse toimi haastattelijana. Käytännön syistä johtuen kolmessa asiakastapaamisessa kotihoidon asiakkaita haastatteli pro gradu -tutkijan puolesta hänen tutkielmansa ohjaajana toiminut proviisori. Kotihoidon asiakkaita haastateltiin siltä osin kuin oli asiakkaan kokonaistilanne huomioiden mahdollista. Kaikkia haastattelukysymyksiä ei esimerkiksi esitetty, mikäli niiden esittämisen koettiin saattavan heikentää asiakkaan sitoutumista lääkehoitoonsa. Haastattelujen aikana läsnä olivat pro gradu -tutkijan ja kotihoidon asiakkaan lisäksi korkeintaan lääkehoidon kokonaisarvion suorittanut proviisori, lääkehoidon arviointeihin osallistunut paikallisen avoapteekin farmaseutti sekä 1–2 kotihoidon hoitajaa.

Kotihoidon asiakkaat eivät joko osanneet vastata, esimerkiksi muistisairauden vuoksi, tai eivät olleet halukkaita vastamaan kaikkiin heille esitettyihin haastattelukysymyksiin. Asiakkaiden tietämys omasta lääkityksestään vaihteli, mutta kahden asiakkaan kohdalla opiodi korostui asiakkaalle tärkeänä lääkkeenä. Lisäksi kaksi asiakkaista mainitsi joko käyttävänsä paljon lääkkeitä tai haluavansa vähentää käyttämiensä lääkkeiden määrää. Suunnitelmasta poiketen haastattelukysymystä numero 4. ei esitetty asiakkaille, sillä kysymyksen luonteva esittäminen asiakkaan lääkehoitoon sitoutumista vaarantamatta ei vaikuttanut haastattelutilanteessa mahdolliselta. Samasta syystä johtuen ei yhdelle haastateltavalle esitetty myöskään kysymystä numero 3.

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden (n=5) säännöllisessä käytössä oleva tutkimuksen kannalta keskeinen lääkitys ennen LHKA:ta (lääkettä käyttävien asiakkaiden lukumäärä).

| Lääke/Lääkeryhmä | | Käyttäjiä yhteensä (lkm) |
|---------------------------|--|--------------------------|
| Verenpainelääke | | 5 |
| Bentsodiatsepiini/Z-lääke | | 3 |
| Masennuslääke | | 3 |
| Opioidi | | 3 |
| PPI-lääke | | 3 |
| Ummetuslääke | | 3 |
| Psykoosilääke | | 2 |
| Antikoliiniesteraasi | | 1 |
| Parkinsonismilääke | | 1 |
| Tulehduskipulääke | | 0 |

7.3 Terveystenhoito henkilöstön yksilöhaastattelut

Tutkimukseen osallistui lopulta kolme sairaanhoitajaa ja kaksi lääkäriä. Kaikki haastattelukutsuun vastanneet terveydenhuollon ammattilaiset lupautuivat osallistumaan tutkimukseen. Kahteen tutkimukseen tavoiteltuun lääkäriin ei saatu yhteyttä eikä heitä näin ollen haastateltu. Haastatelluista terveydenhuoltohenkilöistä neljä oli naisia ja yksi mies. Haastatteluajankohdan sopiminen onnistui sähköpostitse kahden haastatteluun pyydetyn terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Kolmen muun haastateltavan kohdalla haastattelusta sovittiin puhelimitse.

Haastatteluajankohtaan mennessä osa haastateltavista oli perehtynyt haastattelukysymyksiin etukäteen, osa puolestaan ei juuri lainkaan. Kolmen haastateltavan kanssa haastattelut toteutettiin kasvotusten heidän työpaikoillaan. Kahden haastateltavan kanssa haastattelu toteutettiin käytännön syistä johtuen puhelimitse. Haastattelujen kesto vaihteli hieman yli tunnista vajaaseen puoleentoista tuntiin. Haastattelut käytiin keskustelemaan tapaan, ja tarpeen tullen haastattelijä pyysi haastateltavaa tarkentamaan sanomaansa tai esitti hänelle lisäkysymyksiä varsinaisten haastattelukysymysten lisäksi. Vaikka haastattelut käytiin kahden kesken haastateltavan ja haastattelijan välillä, oli osassa

haastattelutilanteita samassa tilassa, kotihoidon toimistossa, läsnä ajoittain myös muuta henkilökuntaa.

Terveysdenhuollon ammattilaisten haastatteluja litteroitiin sitä mukaa kuin haastatteluja toteutettiin. Litterointi pyrittiin tekemään mahdollisimman pian jokaisen haastattelun jälkeen. Aineiston analyysi aloitettiin, kun kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattihenkilöt oli haastateltu ja kaikki haastattelut oli litteroitu.

7.4 Keskeisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat

Terveysdenhuollon ammattihenkilöt kuvasivat haastatteluissa useita iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyviä ongelmia. Terveysdenhuoltohenkilöstön mukaan yleisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat iäkkäillä kotihoidon asiakkailla ovat useat lääkkeitä määräävät hoitotahot, useat käytössä olevat lääkkeet, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden lisääntynyt käyttö, epätietoisuus asiakkaan lääkityksestä sekä kipu- ja uniongelmat ja niihin käytettävä lääkitys. Muita haastatteluissa mainittuja ongelmia olivat vaihtuvat lääkärit, tilapäislääkkeen jääminen pitkäaikaiseen käyttöön, kirjaamiseen liittyvät epäselvyydet, munuaistoiminnan huomiotta jättäminen lääkkeiden annostelussa sekä bentsodiatsepiinien ja mielialalääkkeiden käyttö. Toisaalta myös kotihoidon asiakkaiden kiintymys lääkkeisiin, haluttomuus lääkityksen muuttamiseen ja halu huolehtia itse omasta lääkityksestään on lääkehoidon kannalta ongelmallista. Lisäksi iäkkäiden asiakkaiden huimaus ja muistiongelmat ovat osaltaan lääkehoitoon tai sen toteuttamiseen liittyviä haasteita.

Haastatteluaineiston analyysissä nousi esiin seitsemän juurisyytä perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla: terveydenhuollon resurssien puute, hoidon jakautuminen eri terveydenhuollon toimijoiden kesken, terveydenhuollon ammattilaisten erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet, sähköiset potilastietojärjestelmät, epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä, viestintään liittyvät ongelmat sekä kotihoidon asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne (Kuva 5). Haastatteluissa esiin tulleita lääkehoitoon liittyviä ongelmia ja ilmiöitä käsitellään seuraavaksi selkeyden vuoksi yksittäiseen juurisyyhyn liittyen. Terveysdenhuoltoalalle tyypillisesti

näiden ongelmien ja ilmiöiden taustalla voi kuitenkin käytännössä olla samanaikaisesti useita eri juurisyitä (Andersen ym. 2010).

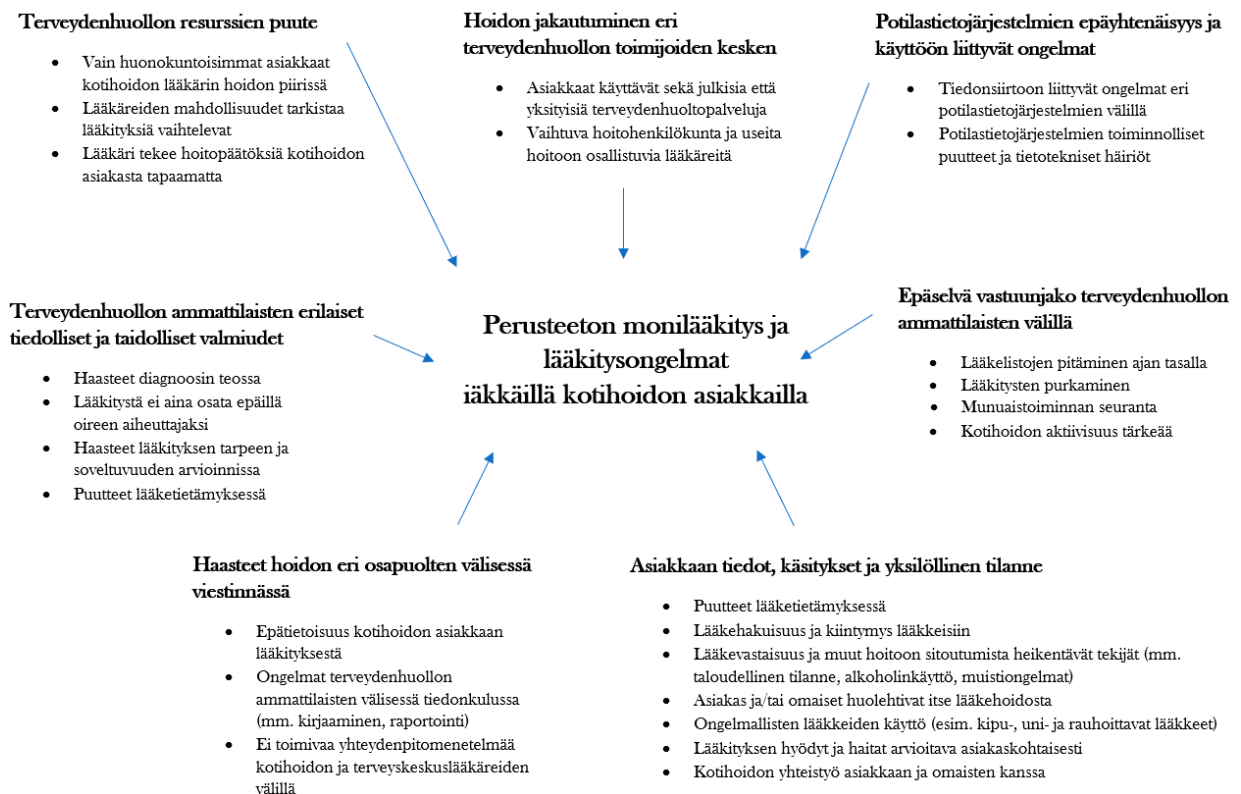
7.5 Terveysthuollon resurssien puute

Terveysthuollon puutteelliset resurssit kotihoidossa ja julkisessa perusterveydenhuollossa nousivat esiin sekä lääkäreiden että kotihoidon hoitajien haastatteluissa. Yhdessä Lohjan kaupungin kotihoidon palvelualueista kotihoidon lääkäripalvelut ovat siirtyneet yksityisen palveluntarjoajan vastuulle vuodenvaihteesta 2017–2018 alkaen. Palvelu toteutetaan etälääkäripalveluna tarkoittaen sitä, että lääkäri, koulutukseltaan geriatri, on päivittäin puhelimitse kotihoidon tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Lisäksi etälääkäri käy kotihoidossa kerran kolmessa kuukaudessa. Uusien kotihoidon asiakkaiden kohdalla lääkäri tarkistaa asiakkaan lääkityksen ja tekee kotikäynnin asiakkaan luona. Etälääkäripalveluun kuuluu myös asiakkaiden lääkitysten säännöllinen tarkistaminen. Ennen etälääkäripalvelua kyseisellä kotihoidon palvelualueella asiakkaiden hoidosta vastasi terveyskeskuslääkäri, jolle kotihoidolla oli tunnin konsultaatioaika kerran viikossa.

Neljän muun Lohjan kaupungin kotihoidon palvelualueen käytössä on etälääkärin sijaan yksi yhteinen kotihoidon lääkäri. Kotihoidon lääkäri on arkipäivisin soittoaikana tavoitettavissa ja muutoin viettää kerran viikossa yhden päivän kunkin palvelualueen kotihoidossa. Noin puolet lääkärin viikoittaisesta käyntiajasta kotihoidon palvelualueella kuluu asiakaskäynteihin ja puolet kotihoidon konsultaatioihin.

7.5.1 Kotihoidon asiakkaiden eriarvoisuus lääkäripalvelujen järjestämisessä

Nykyisillä resursseilla vain huonokuntoisimmat kotihoidon asiakkaat pääsevät kotihoidon lääkärin hoidon piiriin. Lääkärin vastaanotolla käymään kykenevät asiakkaat asioivat terveyskeskuksessa tai yksityisillä lääkäriasemilla. Sairaanhoidajat olivat haastatteluissa tyytyväisiä yhteistyöhön kotihoidon lääkärin kanssa. Kotihoidon lääkärin resursia pidetään kuitenkin riittämättömänä suhteessa asiakkaiden määrään, ja kotihoidon koetaan jäävän ulkopuolelle lääkärin vastaanotoilla käyvien asiakkaiden lääkitysasioista.



Kuva 5. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien juurisyitä sekä esimerkkejä niihin liittyvistä lääkehoidon ilmiöistä ja ongelmista.

Kotihoidon lääkärin mahdollisuuksia arvioida kotihoidon asiakkaiden lääkityksiä pidetään parempina kuin terveyskeskuslääkäreiden. Asiakkaan luona käydessään lääkärin on helpompi muodostaa kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta, ja lisäksi kotikäynnillä mukana oleva hoitaja pystyy tarvittaessa olemaan lääkärin apuna ja täydentämään asiakkaan kertomaa. Kotihoidon hoitajat eivät sen sijaan yleensä kykene tulemaan asiakkaan mukaan lääkärin vastaanotolle, ja lyhyellä vastaanottoajalla lääkärin mahdollisuudet asiakkaan tilanteen ja lääkityksen arviointiin ovat heikommat. Vastaanotolla asiakas ei välttämättä osaa itse kertoa lääkityksestään tai kuvata vointiaan yhtä hyvin kuin kotiooloissa hoitajan avustamana. Lääkärillä ei myöskään välttämättä ole aikaa paneutua riittävästi vastaanotolle tulevan tuntemattoman potilaan tietoihin, saati ryhtyä lääkityksen arviointiin, minkä tekemiseen ei erikseen ole varattu aikaa lääkäreiden työajasta.

7.5.2 Lääkäreiden vaihtelevat mahdollisuudet lääkitysten tarkistamiseen

Lääkärin mukaan kotihoidon asiakkaiden lääkityksiä on terveyskeskuksessa mahdollista käydä läpi esimerkiksi kerran vuodessa annosjakelulääkerekseptien uusimisen yhteydessä. Molempien tutkimukseen haastateltujen lääkäreiden mielestä mahdollisuudet lääkitysten tarkistamiseen ovat periaatteessa olemassa, mutta ajanpuute rajoittaa tarkistusten tekemistä käytännössä. Toisen lääkärin mukaan potilaiden lääkehoitojen seuranta onnistuukin huonosti, ja reseptejä uusitaan ”uusimisen vuoksi”.

--- jos sä haluat, tai --- ite haluat ja pystyt tekemään --- tarkkaa työtä, niin se vie aikaa. --- käytännössä, jos mä jokaselt käv-, kävisin kattoo Navitas-kautta, Pegasos-tekstin, et täntyyppiset asiat, ni mä, käytännös, uusisin vaan lääkkeitä. E-et, että-ä --- se on, se on (hieman naurahtaen) --- ei, ei --- niinku sanoin, että --- osa on idealismia ja osa on realismia. (Haastattelu 2)

Myös kotihoidon lääkärin kerrottiin olevan kiireinen, ja hoitajat joutuvat miettimään, minkälaisissa asioissa lääkäriin ottaa yhteyttä. Vaikka kotihoidon lääkärin mahdollisuudet paneutua asiakkaan lääkitykseen ovat terveyskeskuslääkäreitä paremmat, ei lääkityksen arviointi ole vielä toteutunut suunnitellusti kaikkien asiakkaiden kohdalla. Uusien kotihoidon asiakkaiden lääkitys käydään läpi, jos lääkehoito tulee kotihoidon vastuulle. Edes vuositarkistuksissa ei kuitenkaan välttämättä ehditä käymään läpi asiakkaan lääkitystä. Lääkityksen tarkistus saattaa jäädä tekemättä erityisesti silloin, kun asiakkaalla ei koeta olevan ongelmia, vaan kaikki vaikuttaa olevan hyvin. Lisäksi vuositarkistukseen ei kaikkien asiakkaiden kohdalla toteudu vuosittain vaan harvemmin asiakkaan tilanteesta riippuen. Puutteet asiakkaan lääkitystarpeen säännöllisessä arvioinnissa ovat lääkärin mukaan usein ongelma kipu-, mieliala-, psykoosi- ja rauhoittavien lääkkeiden kanssa.

Hoitaja arvioi asiakkaiden lääkitysten järjestelmällisemmän seurannan olevan jatkossa paremmin toteutettavissa osassa kotihoitoa, sillä aikaisemmin käytössä olleiden vuositaisten laboratoriokokeiden sijaan kotihoidon lääkärin on tarkoitus tarkistaa kerran vuodessa asiakkaidensa tiedot kotihoidon konsultaatiolistalta. Tietojen perusteella lääkäri arvioi asiakkaan lisätutkimusten ja laboratoriokokeiden tarpeen. Uusi käytäntö tulee

kuitenkin koskemaan lähinnä kotihoidon lääkärin hoidossa olevia huonokuntoisimpia asiakkaita. Muiden asiakkaiden kohdalla tarkistusta ei tehdä, ellei asiakkaalla ole erityisiä ongelmia, tai ellei asiakas sitä itse pyydä. Tätä ei kuitenkaan välttämättä pidetä ongelmana, koska hoitajan mukaan lääkäripalvelujen käyttö on yleistä kotihoidon asiakkaiden keskuudessa.

--- Sitte, ku nää (kotioidon asiakkaat) tuppaa vielä, kyllä melkeen --- jostain syystä hakeutumaan terveystakeskukseen, sen vuoden aikana ni, useammankin kerran, ni, ei oo semmosta, että nyt ei oo vuoteen käyty lääkäriissä, että nyt pitää mennä, et kyl ne melkeen kerkee siinä vuodessa sitte --- käymään jos, asian jos toisenkin, kanssa siellä. (Haastattelu 1)

Haastatteluissa uskottiin geriatriin erikoisosaamisen yhdessä yksityisen palveluntarjoajan parempien resurssien ja järjestelmällisen toiminnan kanssa osaltaan parantavan etälääkärin hoidossa olevien asiakkaiden lääkehoitoa. Haastattelujen perusteella kiinnostusta lääkitysten tarkistamiseen ja karsimiseen on kuitenkin myös kotihoidon lääkärillä ja terveystakeskuslääkäreillä, ja ongelmat liittyvät lähinnä käytännön toteutukseen.

--- ku sitä ei voi tapahtuu niinkun naps, naps, että poistan, poistan, poistan, (lääkkeitä) vaan sitä täytyy hitaasti poistaa ja, tai vähentää ensin ja sitten poistaa siintä, että --- Et kyllä ainaki halua on. Mut se toteuttaminen on kyllä tosi vaikeeta. (Haastattelu 3)

7.5.3 Hoitopäätösten tekeminen kotihoidon asiakasta tapaamatta

Merkittävänä kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa hankaloittavana tekijänä sekä hoitajat että lääkärit toivat haastatteluissa esiin sen, että lääkäri joutuu välillä tekemään hoitopäätöksiä potilasta tapaamatta. Nykyään etälääkäripalvelua käyttävällä kotihoidon palvelualueella kotihoidon asiakkaiden hoidosta vastasi ennen terveystakeskuslääkäri, joka oli päätöksenteossaan lähes täysin riippuvainen kotihoidon hoitajalta saamistaan tiedoista. Lääkärin omat mahdollisuudet asiakkaiden luona käymiseen olivat rajalliset eikä huonokuntoisten asiakkaiden aina ollut mahdollista tulla lääkärin vastaanotolle.

Paitsi lääkäreiden, myös kotihoidon työ on aikataulutettua. Asiakaskäyntiin varattu rajallinen aika saattaa heikentää hoitajien mahdollisuuksia toteuttaa ja seurata lääkehoitoa tarvittavalla tavalla, jolloin lääkäri tekee päätöksiä tietämättä asiakkaan lääkehoidon todellista tilannetta. Vaikka hoitajan kirjoittamasta perusteellisesta konsultaatiopyynnöstä onkin apua, on päätöksenteko potilasta tapaamatta lääkäreiden mukaan vaikeaa ja lisää riskiä tarpeettomien lääkitysten aloittamiseen.

--- jos sä oot alottamas jonkun uuden lääkkeen, niin, kyl se jotenkin on mun mielest ainakin helpompaa, jos potilas on tässä. Et, et, sä, sä, sähän vaan, tiedät, kuinka vanha, kuinka raihnainen, onks hän, vaikka hän ois yheksänkytviis, ni hän voi olla tosi hyväkuntonen, tai kuuskytviisvuotias voi olla ihan todella huonokuntonen, et se, että sul on, se käsitys siitä, et millanen, ihminen on kyseessä. (Haastattelu 5)

7.6 Hoidon jakautuminen eri terveydenhuollon toimijoiden kesken

7.6.1 Julkisten ja yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttäminen

Toinen useasti haastatteluissa esiin noussut teema oli kotihoidon asiakkaiden hoidon jakautuminen usean eri hoitotahon ja vaihtuvan hoitohenkilökunnan kesken. Asiakkaat saattavat asioida sekä terveyskeskuksessa että yksityisillä lääkäriasemilla ja viettää hoitotaksoja myös sairaalan osastolla. Vaikka sähköisen reseptin myötä terveydenhuollon ammattilaisten tiedonsaanti asiakkaan reseptilääkkeistä on parantunut, vaikeuttaa yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen hoitotahojen välistä tiedonkulkua ja kokonaiskuvan hahmottamista asiakkaan lääkityksestä.

Lääkärin mukaan syynä yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen saattaa olla asiakkaan tarve saada välittömästi hoitoa, vaikka todellisuudessa asiakkaan terveydellinen vaiva harvoin on niin kiireellinen. Toisen lääkärin mukaan potilaat hakevat lääkärikontaktia muilta hoitotahoilta myös silloin, kun yhteistyö aikaisemman lääkärin kanssa ei suju asiakkaan toivomalla tavalla. Hoitajien mukaan asiakkaat käyvät ”hakemassa lääkkeitä” yksityisiltä terveysasemilta, ja lääkkeitä saatetaan määrätä helpommin tai jopa liikaa yksityisen terveydenhuollon puolella. Yksi hoitajista kertoi asiakkaiden hakeutuvan yksityislääkärille ennen kaikkea saadakseen haluamansa reseptilääkkeen.

--- se on nimenomaan se, että kun, oma lääkäri ei, kirjota sitä reseptii, mitä ne (asiakkaat) haluaa. Et kyl ne niinku, tietää, mitä lääkettä ne menee hakemaan sieltä. Että ha-, hyvin harvoin on joku simmonen, joka ihan oikeesti sanoo, että kun ei saa muka aikaa tosta, että kyllähän, ainaki Lohjalta aika, nopeesti ne ajat saa. Kyl se se niinku se tietyn lääkkeen hakeminen on se pääsyy. (Haastattelu 3)

7.6.2 Vaihtuva hoitohenkilökunta ja useat hoitoon osallistuvat lääkärit

Eri hoitotahojen ohella myös terveydenhuoltohenkilökunnan vaihtuvuus koetaan kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon kannalta ongelmallisena. Lääkäriarvion mukaan noin puolet terveyskeskuslääkäreistä on vakituisia ja puolet nuoria määräaikaista lääkäreitä. Lukuun ottamatta haastavimpia potilastapauksia, jotka mahdollisuuksien mukaan pyritään keskittämään tietyille lääkärille, käyvät kotihoidon asiakkaat sen terveyskeskuslääkärin vastaanotolla, joille saavat ajanvarauksen. Terveyskeskuksen vaihtuva lääkärikunta hankaloittaa asiakkaan hoidon seuranta ja pitkäaikaisarviointia, sillä asiakkaan hoidon tilanne ei ”pysy yhen lääkärin näpeissä mitenkään”. Ilman riittäviä taustatietoja lääkärin voi olla hankala puuttua tuntemattoman potilaan lääkitykseen. Joidenkin hoitajien mukaan tämä saattoi myös Lohjan interventiotutkimuksessa (Toivo ym. 2018) heikentää paitsi lääkäreiden intoa osallistua tutkimukseen, myös heidän halukkuuttaan toteuttaa ehdotettuja lääkitysmuutoksia.

--- jos se on, kyse jostain, jostain potilaasta, jota mä en yhtään tunne, nii se (lääkityksen arviointi) tuntuu jotenki vaikeelta, et jos se on semmonen potilas, et mä tunnen sen, mä oo tavannu sen, nii sithän se on, ihan eri juttu. Et se on käyny, ehkä vastaanotolla, joskus. Mut, jos mä, jos se on täysin tuntematon tyyppi, ja sit mun pitää yhtäkkiä ottaa, kantaa sen lääkityksiin, ni ei se nyt aina oo niin helpoo, et sit pitää ruveta lukemaan niitä tekstejä. Kyllähän sieltä saa ne tiedot tietysti. Mut, mut ei, ei nyt ihan, niin, aina niin, kattavasti, heti ja helposti. (Haastattelu 5)

Lääkäriarvion mielestä asiakkaan hoidon kannalta olisikin helpompaa, että asiakkaat käyttäisivät vain joko julkisen tai yksityisen terveydenhuollon palveluja. Myös hoitajien keskuudessa kotihoidon asiakkaan hoidon keskittämistä yhdelle lääkärille pidettiin hyvänä ajatuksena.

Asiakkaan vaihtuvien lääkärikontaktien lisäksi haastatteluissa nousi esiin huoli kotihoiton henkilökunnan vaihtuvuudesta. Koska potilaan voinnin ja oireiden seuranta on toisinaan varsin subjektiivista, eivät sijaiset ja vaihtuvat hoitajat pysty samaan tapaan seuraamaan ja arvioimaan potilaan lääkehoidon vaikutuksia kuin pysyvä hoitohenkilökunta. Hoitajien vaihtelevat näkemykset asiakkaan tilasta vaikeuttavat myös lääkärin kykyä rationaaliseen päätöksentekoon. Virheellisten tulkintojen seurauksena potilaan oiretta saatetaan esimerkiksi alkaa hoitaa väärällä lääkkeellä tai potilasta yllilääkitään.

--- puhutaan, just näistä lääkkeistä --- mieliala, kipu, uni --- Niin, niin --- ku ne (oireiden tulkinnat) on subjektiivisia asioita. Et me puhutaan, vanhuksista, joilla on sitten --- ne voivat käyttäytyä --- tietyllä tavalla mones-, monesta eri asiasta, monesta eri syystä. Ja silloin joku hoitaja, joka subjektiivisesti kokee, että potilas on kivulias, vaikka potilas välttämättä ei edes pu-, pysty puhumaan sitä asiaa, niin, niin, tota se --- potil-, se, hoitaja tuo sen esille, lääkärille, tota et potilas on kivulias nytte --- ja vaikka pot-, he, lääkäri ei es sitä potilasta näekään, niin niin sitte hän määrää lisää kipulääkettä. Elikä tää on tällösiä asioita, tota tai sitte pot-, ku kattoo käytöshäiriöitä, et potilas saattaa olla syystä tai toisesti huono päivä --- ja se, hoitaja kirj-, kirjottaa, lääkärille, tota että --- potilas on aggressiivinen, vaikka se oli kiukustunu jostain muusta syystä, tai ku se onki tilapäinen vaihe. Ja sitte potilaalle lisätään --- pahimmas tapaukses psykoosilääkettä --- tavallaan käytöshäiriöihin, esimerkiks jos on Alzheimer-potilas. Ja tää, ja sit, pahimmas tapaukses se (psykoosilääke) jää viel päälle niinku pysyvä-, pysyvästi. (Haastattelu 2)

--- joskus aina menee sekasinkin, ja sitte esimerkiks käytöshäiriötä, hoidetaan masennuslääk-, tai mielialalääkkeellä vaikka taustalla saattaa olla kipu, aiheena --- (Haastattelu 2)

Lääkärin mielestä hoitohenkilökunnan vaihtuvuus iäkkäiden hoidossa on ”aivan valtava ongelma suomalaisessa terveydenhuollossa”, ja se ”käytännössä, mopataan niinku --- maton alle”. Hoitaja mainitsi hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden olevan myös yksi asiakkaiden lääkitysturvallisuuteen vaikuttava asia.

--- me ollaan kyllä pohdittu sitä ja mietitty, että miten ja sit aina, aina, lääkewirheitten jälkeen nii mehän yhdessä sit mietitään, että, mitä me tehtäis niille, että, mut on, on tosi hankalaa, kun on, kun on, paljon liikkuvii palasia. Ja sijaisia ja --- eri ihmisiä ja --- Kaikki, kaikki unohtaa joskus jotain ja tulee virheitä --- (Haastattelu 4)

7.7 Terveysthuollon ammattilaisten erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet

7.7.1 Haasteet diagnoosin teossa

Diagnoosin tekeminen iäkkään potilaan kohdalla on toisinaan haastavaa, koska oireen taustalla saattaa olla monia mahdollisia syitä. Haastattelujen perusteella lääkärit hyödyntävät päätöksenteossaan potilaalle tehtäviä tutkimuksia, potilaan ja hoitajien haastatteluja sekä potilastietojärjestelmässä olevia kirjauksia, mittaustuloksia ja laboratorioarvoja. Lisäksi lääkityksen aloitus- ja muutosajankohdat sisältävästä ajantasaisesta lääkelistasta on lääkärille apua diagnoosin teossa. Lääkärin mukaan erityisen vaikeaa syy-yhteyden selvittäminen iäkkäällä on epämääräisten oireiden, kuten huimauksen, väsymyksen ja heikkouden kohdalla. Selittäviä syitä potilaan oireelle ei välttämättä aina löydy, jolloin kyse saattaa olla ikääntymiseen liittyvästä muutoksesta. Haastattelussa lääkäri korostikin potilaan tilan kokonaisvaltaisen arvion merkitystä erityisesti iäkkään potilaan kohdalla.

--- hyvin moninaista ja haastavaa (diagnoosin tekeminen iäkkäällä), etenki ku puhutaan jostain huimauksesta niinku, ihmisillä joilla on, sanotaan vaikka kolme, verenpainelääkettä ja, no sanotaan yhteensä vaikka kymmenen lääkettä --- niin, yleensä puolet niistä aiheuttaa huimausta sivuvaikutuksena. Et tota-a --- Sen, niinku oikeen syyllisen etsiminen on joskus, öö hankalaa, mutta sit, käytännössä se lähtee poissulkien --- tarkistaen ja poissulkien, mahdollisuuksia --- (Haastattelu 2)

7.7.2 Kyky epäillä lääkitystä oireen aiheuttajaksi

Vaikka lääkärin mielestä syy potilaan oireeseen löytyy ”yllättävän usein” lääkityksestä, kiinnitetään lääkityksen mahdollisuuteen oireen aiheuttajana huomiota ”valitettavan” vähän. Toisen lääkärin arvion mukaan noin 10 % iäkkäillä esiintyvistä oireista johtuu lääkityksestä. Yksi hoitajista puolestaan uskoi lääkkeen olevan ”harvemmin” syynä iäkkään kotihoidon asiakkaan oireeseen, ja toisen hoitajan mukaan yhteyksiä oireen ja lääkityksen välillä havaitaan kotihoidon asiakkailla ”sillon tällön”, mahdollisesti noin kerran kuukaudessa. Hoitajien mukaan lääkkeen mahdollista yhteyttä oireeseen ei kuitenkaan aina osata huomioida.

Kotihoidon hoitajat pyrkivät seuraamaan asiakkaan vointia tiiviimmin uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen. Tästä johtuen lyhytaikaisessa käytössä olleen lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset ovat helpommin tunnistettavissa kuin pitkään asiakkaan käytössä olleen tai osastohoidon aikana sairaalassa aloitetun lääkkeen sivuvaikutukset. Myös toistuvat muutokset asiakkaan lääkityksessä vaikeuttavat hoitajien kykyä tunnistaa lääkkeiden ja asiakkaan oireiden välisiä yhteyksiä. Samalla ne työllistävät hoitajia ja lisäävät lääkitysvirheiden riskiä.

On joitaki asiakkait, joilt muutetaan koko aika, ettei oikeestaan tiedäkään enää että, mikä (hymähdys) --- niinkun haitta, on mistäkin lääkkeestä, kun niitä koko aika muuttuu. Mut sit on, suurin osa kuitenkin simmost, (hymähdys) jotka menee aika vakaasti sillä, omalla pikku, lääkityksellään ja, menee sillee tasasesti, että sit heiltä huomaa helpommin, jos alotetaan joku uus lääke, että, nyt se aiheuttaa jotaki outoo. (Haastattelu 3)

7.7.3 Haasteet lääkityksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioinnissa

Pitkään asiakkaan käytössä olleisiin tai hoitohenkilökunnalle tuntemattomiin lääkkeisiin ei välttämättä kiinnitetä kotihoidossa huomiota eikä niiden tarvetta osata kyseenalaistaa. Annosjakelun piiriin kuuluvan asiakkaan lääkityksen saatetaan olettaa olevan ajan tasalla, vaikka todellisuudessa asiakkaan säännölliseen käyttöön onkin saattanut jäädä tarpeettomaksi käynyt tai tilapäiseen käyttöön tarkoitettu lääke.

Et ei niinku, itekään aina ajattele, että ku se menee siel ANJA-pussissa, ni se menee eikä sit ehkä, tuu katottuu --- tota lääkelistaa, että --- Ja sit, jos on pitkään menny, ni --- ei tuu ravisteltu. (Haastattelu 4)

Iatrogeenisen lääkehoidon mahdollisuus tuli selkeästi esiin yhden hoitajan ja yhden lääkärin haastatteluissa. Lisääntyneen lääkemäärän seurauksena potilaalle ilmaantuneita haittavaikutuksia saatetaan hoitaa uusilla lääkkeillä sen sijaan, että pyrittäisiin vaihtamaan alkuperäinen lääke parempaan vaihtoehtoon. Hoitaja mainitsi monilääkitystä aiheuttavina tekijöinä toisaalta myös lääketieteen ja lääkkeellisten hoitojen kehittyneisyyden sekä kohonneen eliniän, jonka myötä lääkehoitoa vaativien sairauksien todennäköisyys kasvaa. Sekä hoitajan että lääkärin haastatteluissa sivuttiin kuitenkin myös tarkoituksenmukaista monilääkitystä.

Tietenkin joillakin tapauksil, joillakin potilailla on vaan --- hankala verenpaine-tauti tai hankala diabetestauti ja, sit saattaa taustalla olla jotain reumaattistakin sairautta tai kova kiputila, niin se väistämättä, se nostaa niiden lääkkeiden määrää, huomattavasti. (Haastattelu 2)

Molemmat haastatteluun osallistuneet lääkärit korostivat, että myös iäkkäiden potilaiden kohdalla on lääkkeestä mahdollisesti aiheutuvat haittavaikutukset aina suhteutettava lääkkeestä saatavaan hyötyyn.

--- jos on, joku tämmönen ihan, pa-, pakollinen lääke, ni he, sitte on vähän vai-kee tietysti että, hoidanks mä sitä sairautta, jota pitäis hoitaa vai lopetanks mää sen lääkkeen, koska siit on va-, jotain sivuvaikutuksii tai oireita. Et siinä sit pi-tää punnita, et mikä on tärkeempää. Et, jos on vaikka aivoverenkiertohäiriöriski tai, semmonen lääke, ni sit sitä ei nyt kauheen mielellään lopettais, mut sitte, jos se onkin vaikka joku vaan --- joku, vähän lievempi juttu, ni sitte, helpommin. Mm, se on semmost punnin-, punnitsemista. (Haastattelu 5)

7.7.4 Puutteet lääketietämyksessä

Hoitajien keskuudessa oltiin tyytyväisiä kotihoidon ja apteekkien väliseen nykyiseen yhteistyöhön, ja haastatteluista välittyi luottamus apteekkihenkilökunnan osaamiseen. Asiakkaiden annosjakelua lukuun ottamatta apteekki ei kuitenkaan välttämättä juuri näy kotihoidon arjessa, ja myös osa hoitajista tuntui olevan epävarmoja siitä, tulisiko farma-sian ammattilaisten roolia kotihoidossa lisätä.

Me ollaan joskus mietitty sitä, (farmasistin työskentelyä kotihoidossa) koska, niinku osastollaha on, osastofarmaseutit joissaki osastoilla ja tuol sairaalas etenkin, niin --- Joskus tuntuu, et se ois niinku hirveen helppoo, et vois vaan niinku luottaa siihen, että ei tarvis olla itte niinku hirveen tarkkana koko aika, kaikis asioissa, että --- Tuntus, et se ois helppoo. Ei ois niinku sitä, ehkä sem-mosta, niinku, sitä jatkuvaa, vahtaamista ja vastuuta (...) en sit tiedä sitte käy-tännössä, että --- ei se varmaa ainakaan haitaks ois. (Haastattelu 3)

Farmasian ammattilaisten tarjoama lääkkeisiin liittyvä koulutus kotihoidon henkilökun-nalle oli kuitenkin asia, joka kahdessa hoitajan haastattelussa nousi esiin yhtenä kehi-tysehdotuksena.

*Ja ehkä kai se sit se vähän niinku se kouluttautuminen ja tieto --- eri, lääkaineryhmistä ja niitten, vaikutuksista, että --- Et kylhän täs niinku vähän men-
nään sillä linjalla, että mitä on niinku vaan kokemuksen myötä oppinu, että, ei
oo, niinku sil tavalla aikaa, lue-, lueskella tuolla --- eri, kaikkii juttuja, että ---
(Haastattelu 3)*

Lisäksi iäkkäitä hoitavan terveydenhuoltohenkilöstön vaihteleva tietotaso ja puutteet iäkkäiden hoitoon liittyvässä ammatillisessa osaamisessa ovat ongelmia sekä hoitajan että lääkärin mielestä. Toinen lääkäristä kertoi lääkkeiden kuitenkin hyödyntävän sähköisiä tietokantoja arvioidessaan lääkityksen soveltuvuutta potilaalle lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten sekä munuaistoiminnan kannalta. Sen sijaan hoitajan mielestä lääkkeiden soveltuvuutta iäkkäille ei aina tarkisteta, vaan lääke ”vaa alotetaan”. Toisaalta myös lääkärin uskalluksella on hoitajan mukaan merkitystä siinä, kuinka hankala lääkäri on puuttua iäkkään asiakkaan lääkitykseen.

Kysyttäessä terveydenhuollon ammattilaisten mielipidettä asiakkaan lääkityksestä mahdollisesti puuttuneista hoidollisesti perustelluista lääkkeistä ei kukaan kysymykseen vastanneista ollut havainnut, että tarpeellisia lääkkeitä olisi asiakkaalta puuttunut. Päinvastoin asiakkaan käyttämä suuri lääkemäärä korostui kahden haastateltavan vastauksessa.

7.8 Epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä

7.8.1 Lääkelistojen pitäminen ajan tasalla ja lääkitysten purkaminen

Pohdittaessa asiakastapausten kohdalla syitä sille, miksi jokin käyttämätön lääke oli jäänyt asiakkaan lääkelistalle, eivät haastateltavat osanneet antaa selkeää selitystä. Yhden hoitajan mukaan asiakkaan lääkelistalla olleeseen tarpeettomaan lääkkeeseen ei kiinnitetty huomiota, sillä asiakas sai tarvitsemansa avun oireeseen toisesta lääkkeestä. Toista tarpeettomaksi käynyttä lääkelistalla olevaa lääkettä ei niin ikään huomioitu, koska asiakas ei enää kärsinyt oireista, joihin lääke alun perin oli määrätty. Koska lääkkeen poistaminen lääkelistalta edellyttää yhteydenottoa lääkäriin, ja hoitohenkilökunnalla on paljon kiireellisiä asioita hoidettavanaan, ei käyttämättömän lääkkeen poistamista lääkelistalta pidetä kaikkein ensisijaisimpana tehtävänä. Myös lääkärin mielestä

muut kiireellisemmät työtehtävät saattavat olla syynä siihen, miksi tarpeettomaan lääkelistalla olevaan lääkkeeseen ei aina puututa. Lääkärin mukaan kliinisesti merkittävämpi ongelma on kyseessä silloin, jos lääkelistalta puuttuu jokin asiakkaan käytössä oleva lääke.

Tietysti --- jos ois joku ongelma sitte, mitä pitää selvittää, ja sit luulee, et potilas käyttää Imovanea, nii ehkä se sit saattas olla ongelma, mutta --- Se, että joku, unilääke jää käyttämättä, vaik se on lääkelistalla niin --- mä en koe sitä hirveenä, kliinisenä ongelmana. Et se, se ei aiheuta mitään haittoja, jos sitä ei käytetä. (Haastattelu 5)

Vastauksena tutkijan esittämään lisäkysymykseen yksi hoitajista myönsi, että tarpeetomaksi käyneitä lääkkeitä ei myöskään välttämättä uskalleta poistaa lääkelistalta siltä varalta, että tietoa asiakkaan aikaisemmin käyttämistä lääkkeistä myöhemmin tarvitaan. Asiakkaan lääkehistoria on kuitenkin löydettävissä potilastietojärjestelmästä, ja hoitajan mielestä onkin todennäköisempää, ettei lääkkeisiin vain kiinnitetä huomiota.

Yksi hoitajista piti asiakkaan lääkelistan päivittämistä selkeästi lääkärin tehtävänä, vaikka tiesikin lääkärin ajanpuutteen vaikeuttavan lääkelistojen ylläpitoa käytännössä. Lääkärin vastuu asiakkaiden ajantasaisen lääkityksen ylläpitämisessä korostui myös muiden hoitajien haastatteluissa: ”--- se ei auta, et mä niinku, kattelen ja blokkaan näit lääkkeitä, et kylhän se vaatis sen lääkärin silmän ja simmossen jutun, että --- (...) me tarvitaan se lääkärin, sit siihen, se päätös ---”. Kotihoidossa ei ole varsinaista toimintaohjetta asiakkaiden lääkityksen lopettamiseen. Yksi hoitajista oli kuitenkin kokenut asiakkaan vastuuhoidajana olleensa vastuussa lääkkeen lopetussuunnitelman toteuttamisesta. Toisaalta asiakkaan tilanteesta väliarvion tekevällä lääkärillä on hoitajan mielestä ratkaiseva asema lääkityspurun onnistumisessa.

7.8.2 Munuaistoiminnan seuranta

Lääkärin mukaan yksi keskeinen lääkehoidon ongelma iäkkäillä kotihoidon asiakkailla liittyy lääkeannosten suhteuttamiseen potilaiden munuaistoiminta huomioiden. Kotihoidon hoitajat huolehtivat asiakkaiden säännöllisestä laboratoriokokeiden ottamisesta, joiden myötä seurataan myös munuaisten toimintaa. Yleensä laboratoriokokeet otetaan

kerran vuodessa, lääkärin määräyksestä tarvittaessa myös useammin asiakkaan tilanteesta riippuen. Lääkärin mielestä munuaistoiminnan seurannasta huolehtiminen ei kuuluisi lääkärin vastuulle, sillä lääkäriellä ei ole mahdollisuuksia tarkistaa kaikkien asiakkaiden munuaiskontrollien ajantasaisuutta. Lääkärin mukaan olisikin parasta, että hoitaja kirjaisi kunkin asiakkaan tietoihin, kuinka usein munuaisten toiminta tulisi tarkistaa. Vaikka hoitaja kertoi kotihoidolla olevan toimintaohje munuaistoiminnan seuraamiseen, ei lääkärin mukaan munuaistoiminnan säännöllinen seuranta kuitenkaan kaikkialla aina toteudu. Yhden hoitajan sanoin ”lääkärit on jotenki ihan hysteerissii, siit että, munuais-sii ei oo tarkistettu”.

--- riippuen tietenkin, miten, kiire on, niin --- tulee ikäv-, voi tulla pahimmas tapauksessa ikäviä yllätyksiä. Tai sit et, havaitaan vasta, ku --- (...) --- vanhus on joutunu syystä tai toisesta, päivystykseen, siel havaitaan, että --- munuaisten tilanne on, mikä on, ja sitte havaitaan, että, potilaalla on lääkkeitä, jotka --- siinä tilanteessa, pitäis olla, tauolla ni --- (Haastattelu 2)

Lääkäri kertoi, että munuaistoiminnan huomioimista selkeästi vaativien lääkkeiden kohdalla ”hälytyskellot soi”, ja asiaan kiinnitetään tarkemmin huomiota. Toisaalta tulee myös arvioida, onko potilaan kohdalla kyseessä tilapäinen, esimerkiksi nestevajauksesta johtuva munuaistoiminnan heikkeneminen, vai pidemmän ajan kuluessa kehittynyt munuaisten vajaatoiminta.

7.8.3 Kotihoidon aktiivisen roolin merkitys

Potilastietojärjestelmä mahdollistaa kotihoidon asiakkaiden yksilöllisen oireiden seurannan, ja lisäksi jokaisella asiakkaalla olevan vastuuhoidajan ansiosta muutokset tutun asiakkaan voinnissa on kotihoidossa helpompi huomata. Haastateltavien keskuudessa oltiin yhtä mieltä siitä, että kotihoito arvioi asiakkaidensa lääkityksen tarvetta ja tarpeettomuutta sekä raportoi niistä lääkärille. Toisen lääkärin mukaan raportointi on kuitenkin melko vähäistä eikä liity selkeästi tiettyihin lääkeaineryhmiin. Lääkityksen seuranta ja siitä raportointi jää pääosin hoitajien vastuulle, sillä hoitajan mukaan lääkäreillä ei ole aikaa tiedustella asiakkaan lääkitysasioita kotihoidolta.

Lääkäri arveli kotihoidon ja terveyskeskuksen nykyisen yhteistyön olevan riittämätöntä, sillä aikaisemmin käytössä olleet ja hyvinä pidetyt kotihoidon konsultaatiotunnit terveyskeskuksessa ovat poistuneet kotihoidon lääkärin tehtävän perustamisen myötä. Vaikka osa terveyskeskuksen vastuusta kotihoidon asiakkaiden hoidossa onkin siirtynyt kotihoidon lääkärille, ei vakiintuneita toimintatapoja kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä lääkärin mielestä tällä hetkellä ole. Lääkäri myönsikin asiakkaiden lääkitysseurantojen jäävän lähinnä kotihoidon vastuulle, mutta kannusti kotihoitoa olemaan aktiivisesti yhteydessä terveyskeskukseen.

--- useinhan tää jää kyllä kotihoidon aktiivisuuden piiriin, koska me ei nähdä niitä potilait täällä, vaan, ne (...), kotihoitajathan näkee ne siellä ja niiden, pitää tavallaan olla aktiivisia, koska, ei me muuten, tavallaan, muisteta sitä ongelmaa ehkä siellä kotona. (Haastattelu 5)

Yksi hoitajista kertoi kotihoidon lääkärin suunnittelevan potilaan hoidon seurantaan omiin työtehtäviinsä, vaikka kotihoidon sairaanhoitajalla onkin merkittävä rooli asiakkaaseen liittyvän tiedon viemisessä lääkärille. Toisaalta hoitaja kertoi myös terveyskeskuslääkäreiden ottavan aiempaa paremmin yhteyttä kotihoidon henkilökuntaan ja oli tyytyväinen kotihoidon nykyiseen, entistä sairaanhoidollisempaan rooliin.

--- (yhteistyö) tosi hyvää verrattuna siihen, mitä on aikoinaan alottanu, ni tuntu, että sielt (terveyskeskuksesta) ei ikinä tullu mitään kysymystä mistään, että, et nuo, me (kotihoito) oltiin vaan niinku siivoojii suunnillee --- (Haastattelu 3)

7.9 Haasteet hoidon eri osapuolten välisessä viestinnässä

7.9.1 Epätietoisuus kotihoidon asiakkaan lääkityksestä

Terveystietohuoltohenkilöstön epätietoisuus asiakkaan lääkityksestä on merkittävä ongelma, ja se lisää päällekkäislääkityksen ja lääkkeiden välisten yhteisvaikutusten riskiä. Esimerkiksi asiakkaan muistamattomuuden tai ymmärtämättömyyden vuoksi tieto asiakkaan käyttämistä itsehoitovalmisteista ei välttämättä välity hoitohenkilökunnalle. Asiakkaat eivät aina myöskään osaa mainita kaikkia käyttamiään reseptilääkkeitä tai niiden käyttötarkoituksia. Lisäksi on mahdollista, että asiakas saa lääkkeitä henkilökohdaisen lääkärikontaktinsa kautta ilman, että kotihoito saa tietää asiasta. Yksi hoitajista

kertoikin kehottavansa lääkärin vastaanotolle meneviä asiakkaita ottamaan lääkelistan mukaansa, jotta lääkäri saisi tiedon asiakkaan ajantasaisesta lääkityksestä. Myöskään asiakkaan omaiset eivät aina tiedosta, miten tärkeää kotihoidon on saada tietää myös asiakkaan käyttämistä itsehoitovalmisteista. Hoitajan mukaan onkin tavallista, että omaiset tuovat asiakkaalle tämän pyytämiä lääkkeitä kotihoidon tietämättä asiasta.

7.9.2 Ongelmat terveydenhuollon ammattilaisten välisessä tiedonkulussa

Kirjaamiseen liittyviä epäkohtia tuli esiin sekä hoitajien että lääkäreiden haastatteluissa. Puutteellinen tai epäselvä kirjaaminen potilastietojärjestelmään voivat osaltaan johtaa siihen, että tilapäiskäyttöön tarkoitettu lääke jääkin pitkäaikaikäkäyttöön, ja asiakkaan lääkemäärä lisääntyy tarpeettomasti. Kaksi hoitajaa mainitsikin hyvänä käytäntönä sen, että lääkäri merkitsee tilapäislääkkeen kohdalle aloitus- ja lopetuspäivämäärän, jolloin lääke automaattisesti poistuu annosjakelulääkkeistä lääkityksen määrättynä päättymispäivämääränä. Mikäli lääkityksen suunniteltu kesto on kirjattu tarkkojen päivämäärien sijaan epämääräisemmin, on lääkkeen jääminen asiakkaan lääkelistalle hoitajan mukaan todennäköistä. Yksi hoitaja puolestaan ilmoitti merkitsevänsä itselleen muistiin asiakkaillaan aloitetut lääkekokeilut, jotta muistaa tarkistaa ne myöhemmin.

Myös lääkäri tiedosti, että kirjaamiseen liittyvät ongelmat voivat johtaa tilapäislääkkeen jäämiseen asiakkaan säännölliseen käyttöön tai siihen, ettei lääkekokeilua ei käytännössä toteuteta lainkaan: ”vaikka sä kirjotat --- luulet itte, et sä kirjotat loogisesti, johonki lääkelistaan sen asian, kirjotat tekstiin, ni se ei aina välity toiselle ihmiselle”. Viestinnällisistä syistä johtuen saattaa esimerkiksi lääkkeen enimmäisannos epähuomiossa ylittyä tilanteessa, jossa asiakkaalla on samaa lääkeainetta sekä säännöllisesti että tarvittaessa otettavissa lääkkeissä. Yhtenä ratkaisuna ongelmaan lääkäri piti lääkeaineen enimmäisannoksen kirjaamista lääkkeen annosohjeeseen.

--- käytännös potilaalla voi olla --- Panadol, öö, öö, säännöllisesti käytössä ja sit on tarvittaessa käytössä, ja sitten ku, jos esimerkiks lääkäri käy ja tekee Panadolista tyylä tilapäisesti nostaa sen säännöllisesti vaikka yks kertaa kolme, koska helpottaen hoitajien toimen-, lähihoitajien tai hoitajien toimesta, et, et, ne voi jakaa sen suoraa dosettiin. Niin, niin sitten tota sehän tarvittaessa se kumminki Panadol jää, ja sitte, jos se tulee toinen hoitaja tai näin eespäin, ni sit se,

potilas valittaa kipua, ni sit hän antaa sen, tarvittaessa olevan Panadolin, kat-somatta ollenkaan sitä tyyliin, että siel on jo kolme ke-, yks kertaa kolme menos-sa. (Haastattelu 2)

Lääkärin mukaan tieto potilaan hoidon kannalta merkittävistä asioista, kuten alhaisista verensokeriarvoista tai lääkkeenoton onnistumisesta, ei välttämättä aina tavoita lääkäriä. Toinen lääkäri sen sijaan kertoi, että myöskään lääkkeen käytöstä potilaalle aiheutuneet ongelmat eivät aina tule lääkkeen määränneen lääkärin tietoisuuteen.

7.9.3 Ongelmat kotihoidon ja terveystieteiden välisessä yhteydenpidossa

Jotta kotihoidon asiakkaat eivät olisi etusijalla muihin potilaisiin verrattuna, ei kotihoi-don yleensä ole mahdollista itse varata konsultaatioaikoja terveystieteiden lääkäreille. Sen sijaan kotihoito joutuu lääkärin soittoaikaa varatessaan olemaan muiden asiakkaiden tavoin yhteydessä terveystieteen ajanvaraukseen. Tämä on hoitajan mukaan ”moni-mutkanen prosessi” ja vie usean ihmisen aikaa toisin kuin konsultaatioajan varaaminen suoraan kotihoidon lääkärille. Yhtenä yleisesti käytettynä yhteydenottomenetelmänä kotihoidon ja terveystieteiden välillä on potilastietojärjestelmän kautta tapahtuva viestinvälitys. Lääkäri näki kuitenkin postin muodossa toteutettavan viestintätavan on-gelmallisena, ja piti soittoaajan varaamista parempana vaihtoehtona.

Tulee tosiaan vaan niitä Pegasos-posteja joihin, ei oo varattu aikaa, ni se ei mun mielest toimi kauheen hyvin. Et, et se, että ne, varais edes, viiden minuutin ajan mun ajan, mun tuolta aikataulusta, ni se ois, ehkä helpompaa, et, sit mul ois se viis minuuttii kattoo. Ja sit mun ei tartis edes itse, kirjata, laittaa ne, nimet tai syntymäajat sinne, vaan mä klikkaisin vaan sitä potilasta ja se olis mun listalla. Se ois mun mielest hyvä, parempi systeemi. (Haastattelu 5)

Koska potilastietojärjestelmään tulleen postin läpikäymiseen ei ole lääkärin työssä va-rattu erikseen aikaa, eivät lääkärit välttämättä aikataulullisista syistä johtuen ehdi aina lukemaan kotihoidon lähettämiä viestejä, jolloin kotihoito puolestaan saattaa kokea jää-neensä asian kanssa yksin. Lääkärin mukaan kotihoidon pitäisi kuitenkin ”pommittaa” terveystieteiden lääkäreitä kotihoidon asiakkaiden hoitoon liittyvissä asioissa, ”ettei saa olla niinkun, liian varovainen, pitää sit sanoo, et hei, mä tarviin nyt tähän, niinku tie-too,” Muuten vaarana on asian jääminen ”pinon viimeiseksi” kiireellisempien asioiden

mennessä edelle myös lääkärin työssä. Jotta kotihoito varmasti saa tarvitsemansa tuen ja avun asiakkaidensa lääkitysasioihin, tulisi puolestaan kotihoidon ja lääkärin välisestä yhteydenpidosta hoitajan mielestä sopia jo etukäteen esimerkiksi ennen lääkitysmuutosten toteuttamista.

7.10 Potilastietojärjestelmien epäyhtenäisyys ja käyttöön liittyvät ongelmat

7.10.1 Tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat eri potilastietojärjestelmien välillä

Terveysdenhuollon käyttämät eri potilastietojärjestelmät aiheuttavat tiedonkulkuongelmia kotihoidon asiakkaita hoitavien tahojen välillä. Järjestelmien välisessä tiedonsiirrossa saattaa olla ongelmia, eivätkä eri tietojärjestelmissä olevat potilaan lääkelistat välttämättä ole yhteneväiset.

--- ei ole semmosta potilastietojärjestelmää, missään siel tieto kulkis niinku, niin että me nähtäis, mitä siellä yksityisellä on tapahtunu, ja – sairaala näkee osittain meidän, meidän kertomukset, mut ei nää näitä, näitä hoitokertomuksia, mitä me hoitajat kirjataan eli ei he, nää sielt niinku sitä, jokapäiväistä vointia --- (...) jos (terveyskeskuslääkärit) osaavat vaan katsoa, ni ni ne (kotihoitoon kirjaukset) näkyy terveyskeskuksissa, ja sairaala taas näkee sitten niinku nää, lääkäreiden, terveyskeskuslääkäreiden kirjaukset, mut he ei nää sit meidän. (Haastattelu 1)

Yksi hoitajista korosti tietojärjestelmiin liittyvien ongelmien olevan yksi syy kotihoidon asiakkailla esiintyviin lääkitysvirheisiin, ja myös lääkäri toi haastattelussa esiin virheellisen lääkelistan yhtenä lääkitysvirheiden riskiä lisäävänä tekijänä. Toinen lääkäri kertoi aina sanelevansa asiakkaan vastaanottokäynnillä kertoman lääkelistan potilastietojärjestelmään sen sijaan, että luottaisi ainoastaan potilastietojärjestelmässä oleviin lääkelistoihin. Toisaalta useampi haastateltavista koki potilaiden kokonaislääkityksen selvittämisen helpottuneen sähköisen reseptin voimaantulon myötä.

7.10.2 Potilastietojärjestelmien toiminnolliset puutteet ja tietotekniset häiriöt

Terveyskeskuksen käyttämässä potilastietojärjestelmässä on olemassa lääkkeiden yhteisvaikutuksista reseptin kirjoittamisen yhteydessä varoittava toiminto. Sen sijaan mitään suojaus- tai varoitustoimintoja epätarkoituksenmukaisen päällekkäislääkityksen tai

annossuosittelun ylittämisen välttämiseksi ei järjestelmässä lääkärin mukaan ole. Lääkärin mielestä tämä on ongelma, jonka seurauksena tapahtuu virheitä. Toisen lääkärin haastattelussa kävi lisäksi ilmi, että potilastietojärjestelmään sisällytetty varoitustoiminto lääkkeiden välisistä yhteisvaikutuksista oli ollut usean kuukauden ajan epäkunnossa. Lääkäri piti tilannetta huolestuttavana erityisesti nuorten lääkäreiden kannalta.

Et vaik sä laitat jonkun vaikka-a, semmosen, rytmihäiriölääkkeen jonkun sienilääkkeen yhteen, nii ei se, ei se yhtään varota siitä, se pitää vaan tietää, et, tää ei oikein, käy. Et siihen ei voi luottaa, ja se on tosi ikävä, koska siinä voi kyl sit, varsinki nuoril lääkäreil varmaan mennä joku --- vahinko. Toivottavasti ne korjaa sen (tietoteknisen ongelman). (Haastattelu 5)

Haastatteluissa esiin tulleen tiedon mukaan myös tiedon hakeminen potilastietojärjestelmästä voi olla työlästä ja aikaa vievää. Tämä heikentää osaltaan myös lääkäreiden mahdollisuuksia potilaiden lääkityksen arviontiin, sillä tiedon löytäminen potilastietojärjestelmästä voi lääkärin mukaan vaatia ”vähän semmosta, salapoliisityötä”.

7.11 Asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne

7.11.1 Puutteet lääketietämyksessä

Monilääkityksen ohella yhtenä merkittävänä lääkehoidon ongelmana kotihoidon asiakkailla pidettiin itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden lisääntyntä käyttöä. Muistisairailla kotihoidon asiakkaat eivät välttämättä osaa kyseenalaistaa esimerkiksi puhelinmarkkinoinnilla myytävien kasvirohdosvalmisteiden käyttöä, tai ymmärrä kertoa siitä kotihoidon henkilökunnalle. Myös toisen hoitajan mukaan luottamus mainontaan sekä ymmärtämättömyys itsehoitotuotteiden ja lääkkeiden välisistä mahdollisista yhteisvaikutuksista selittävät itsehoitotuotteiden yleistä käyttöä kotihoidon asiakkailla.

– aika monta kertaa se on just se niinku tietämättömyys. Ja ne, niinku vankku-neet uskot siitä, että vaikka sä yrität antaa sitä informaatiota, siel saattaa olla niinku maksalle haitallisia, munuaisil haitallisii juttui, mutta, niinku luotetaan kuitenkin siihe mai-, markkinointiin ja mainokseen sit siitä (itsehoitotuotteesta). (Haastattelu 3)

Hoitajan mukaan on esimerkiksi tavallista, että asiakkailla on kotonaan ”Buranaa (...) vaik kuinka paljon, koska siihenhän he uskovat”. Lääkäri puolestaan huomioi, etteivät potilaat aina myöskään ymmärrä, että erinimiset lääkevalmisteet saattavat sisältää samaa vaikuttavaa lääkeainetta. Eri valmistenimien lisäksi päällekkäislääkityksen riskiä kotihoidon asiakkailla voivat lisätä myös lääkkeiden erilaiset valmistemuodot. Hoitaja kertoi, etteivät iäkkäät esimerkiksi välttämättä miellä laastarimuodossa olevaa kipulääkettä samalla tavalla lääkkeeksi kuin lääkkeen suun kautta otettavaa valmistemuotoa. Toisaalta myös yhteiskunnallisen lääkekeskustelun myönteiset vaikutukset potilaiden lääkkeitä koskeviin asenteisiin tulivat esiin lääkärin haastattelussa.

--- esimerkiksi nää unilääkkeet, niin niistä puhutaan niin paljon nykyään niinku, telkkarissa ja-a, lehdissä ja, naistenlehdissä ja kaikkialla, et tavallaan potilaatki alkaa olla huolissaan, et mä käytänki liikaa unilääkkeitä, et ne ei enää oo, ihan sillä mielellä, et niiden on pakko nyt saada tämä lääke, et miksi se pitää lopettaa
 --- (Haastattelu 5)

7.11.2 Lääkehakuisuus ja kiintymys lääkkeisiin

Asiakkaiden muistiongelmien lisäksi yhtenä keskeisenä tekijänä asiakkaiden lääkehoidon ongelmien taustalla pidettiin asiakkaiden lääkehakuisuutta. Iäkkään kokemat hankalat oireet saattavat olla osasyynä lääkehakuisuuteen, sillä esimerkiksi kiputilojen hoitoon iäkkäät saattavat lääkärin mukaan toivoa nimenomaan vahvoja kipulääkkeitä. Lääkkeettömien hoitojen, kuten fysioterapian, käyttö ei toisen lääkärin mukaan ole aina edes mahdollista iäkkäiden potilaiden kohdalla, jolloin lääkkeet jäävät ainoaksi hoitovaihtoehdoksi. Toisaalta myös asiakkaan hankala elämäntilanne, kuten vaikea suhde läheisiin, voi saada iäkkään hakemaan lääkkeitä turvaa ja helpotusta oloonsa.

Ehdotuksista huolimatta iäkkäät kotihoidon asiakkaat eivät aina suostu muuttamaan lääkitystään tai luopumaan käyttämistään lääkkeitä tai luontaistuotteista. Myös lääke-riippuvuutta ja lääkkeiden väärinkäyttöä esiintyy. Toisinaan lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettu lääke saattaa jäädä pitkäaikaiskäyttöön sen vuoksi, ettei asiakas ole halukas lopettamaan lääkettä. Lisäksi kerran jo vähennettyjen tai lopetettujen lääkkeiden kohdalla saatetaan asiakkaan toiveesta joutua palaamaan alkuperäiseen käyttöön. Myös terveydenhuollon ammattilaisten välille saattaa kehittyä ristiriitatilanteita, jos hoitajat ko-

kevat asiakkaan olevan kykenemätön lääkkeen lopettamiseen, mutta lääkäri ei ole halukas jatkamaan epäasianmukaisena pitämäänsä lääkitystä.

7.11.3 Lääkevastaisuus, muistiongelmien ja muut hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät

Vastakohtana lääkehakuisuudelle yksi hoitajista mainitsi asiakkaan lääkevastaisuuden yhtenä mahdollisena syynä iäkkään kotihoidon asiakkaan läkehoidon ongelmiin. Lisäksi asiakkaan taloudellinen tilanne saattaa vaikuttaa siihen, miten suostuvainen asiakas on ostamaan ja käyttämään kaikkia hänelle määrättyjä lääkkeitä. Toisinaan myös asiakkaan liian myöhäinen hoitoon hakeutuminen tai terveydenhuollon riittämätön puuttuminen asiakkaan oireisiin saattavat olla syynä asiakkaan iän myötä kärjistyneisiin terveys- ja lääkitysongelmiin. Kaksi hoitajista mainitsi asiakkaan alkoholinkäytön yhtenä läkehoidon toteuttamista hankaloittavana tekijänä. Turvallisuussyistä johtuen alkoholia käyttävän asiakkaan kohdalla saatetaan kotihoidossa päätyä lopulta jopa lääkityksen muuttamiseen.

--- otetaan, ihan näitä, niinkun, keskushermostoon vaikuttaviiki lääkkeitä alkoholin kautta, kanssa, eikä sit niinkun olla siitä kummastakaan valmiita, että lääkityksestä nyt ei oikeesti voiskaa hirveesti luopuu, mutta --- on, tilanteita sit, että meillä ihan oikeesti täytyy, poistaa, lääkkeitä, niinku iltalääkkeistäki jotaki ihan semmossia, stydeimpiä lääkkeitä, ku tiedetään, et toine on, alkoholin vaikutuksen alasena siellä --- (Haastattelu 3)

Iäkkäiden muistiongelmien tulivat esiin kaikissa terveydenhuollon ammattilaisten haastatteluissa läkehoidon toteuttamista haittaavana tekijänä. Muistiongelmista kärsivä asiakas ei esimerkiksi välttämättä muista ottaa lääkkeitään tai ei lisääntyneestä hoidon tarpeestaan huolimatta anna kotihoidon lisätä käyntejä luonaan. Iäkkään läkehoidon toteuttaminen kotihoidossa edellyttää suunnittelua erityisesti muistisairaiden iäkkäiden kohdalla. Esimerkiksi ateriainsuliinien käytöstä joudutaan usein luopumaan insuliinihoitoista diabetesta sairastavilla iäkkäillä muistisairaille, sillä aikataulutetut kotihoidon käynnit yhdessä asiakkaan muistamattomuuden ja epäsäännöllisen ruokailun kanssa tekevät läkehoidon toteuttamisesta turvatonta. Lääkärin mukaan muistisairaudet ovat osaltaan syynä myös iäkkäiden yksinäisyyteen. Yksinäisyydestä aiheutuneita oireita yritetään puolestaan usein hoitaa lääkkeellisin keinoin.

--- valitettavasti iän myötä vanhuksilla yksinäisyys lisääntyy, sitten myöski, myöskin tavallaan sitten --- mm, siihen liittyvät, mieliala-, masennukset, kuolemanläheisyydet, kuolemanpelot --- Ja, ja valitettavasti sitten --- sitten, ku (...) se, tulee, myöskin niinku, omaisille, omaisille tietoisuuteen niin, omaisetkin aktiivisesti lähtee hakemaan tätä, apua siihen oireeseen, että, tämmösissä tilanteissa tietenki ehdottomasti se paras --- vanhuksilla ei tarvis kärsiä yksinäisyydestä, vaan siellä ois joku, mieluisa kontakti, tekemistä, ympäristö ois semmonen virikkeentäyteinen, ja --- (...) niinku --- se ois niinku tavallaan ideaalisin, mutta sitten --- valitettavan usein se on (...) --- se o idealismia. (Haastattelu 2)

7.11.4 Kotihoidon rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan lääkehoitoon

Vastuu asiakkaan lääkityksestä ei aina kuulu kotihoidolle, sillä osa asiakkaista tai heidän omaisistaan haluaa itse huolehtia asiakkaan lääkehoidon toteuttamisesta. Lääkehoidon kuuluminen asiakkaan tai hänen omaistensa vastuulle voi kuitenkin olla riskitekijä asiakkaan lääkitysturvallisuuden kannalta. Asiakkaiden huolehtiessa itse omasta lääkehoidostaan on esimerkiksi mahdollista, että otetaan epähuomiossa väärää lääkettä, tai lääkkeitä käytetään liikaa tai liian vähän. Jos kotihoito ei ole vastuussa asiakkaan lääkityksestä, on kotihoidolla vain rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan lääkehoitoon ja seurata sen toteutumista.

--- mut sillon ku asiakas joo ite ottaa, (lääkkeet) ni ei me voida sitä kirjata, ku ei me tiedetä, --- miten on, niinku todellisuutta. --- Mut sillon se myös selkeästi siellä lukee niinku tämänki asiakkaan kohdalla, et hän hoitaa sen itse, niin sillon meidän hoitajien --- (...) --- ei mee siihen sitte --- sitte puuttumaan. (Haastattelu 1)

--- jos se lääkitys ei oo meillä, (kotihoitolla) ni me ei, seurata sitä, koska me ei voida ottaa siitä vastuuta, ku me ei tiedetä, mitä se asiakas syö. Nii. Mut se on joku semmone niinku pyhä lehmä, että --- täytyy, et se on semmost kuntouttavaa toimintaa, et äiti jakaa ne kerran viikos sinne dosettiin ne lääkkeet ja sit se (lääkitys) voi olla ihan mitä tahansa. (Haastattelu 3)

7.11.5 Ongelmallisten lääkkeiden käyttö

Kipu-, uni-, ja rauhoittavat lääkkeet korostuvat haastateltavien mielestä kaikkein ongelmallisimpina lääkkeinä iäkkäillä kotihoidon asiakkailla. Muita haastatteluissa mainittuja iäkkäiden lääkityksissä korostuvia lääkkeitä olivat mieliala- ja psykoosilääkkeet, osa neurologisista lääkkeistä sekä tarkkaa seurantaa vaativa verenohennuslääke varfariini. Kivun esiintyminen iäkkäillä on yleistä, ja vaikeita kiputiloja voi olla hankala hoitaa. Lisäksi kipulääkkeiden haittavaikutukset, kuten opioidien käytöstä aiheutuva ummetus, saatetaan kokea ongelmana. Unilääkkeiden käytön taustalla on puolestaan ikääntymiseen liittyvä unen laadun heikkeneminen. Lääkärin mukaan syynä bentsodiatsepiinien kaltaisten unilääkkeiden käyttöön iäkkäillä ovat ihmisten mukavuudenhalu ja unenlaatuun liittyvät epärealistiset odotukset. Myös toinen lääkäri piti unilääkkeiden käyttöä iäkkäillä ongelmallisena ja arvioi iäkkäiden nukkuvan toisinaan liikaakin tekemisen puutteen vuoksi.

Kuten unilääkkeet, myös rauhoittavina lääkkeinä käytettävät bentsodiatsepiinit on usein aloitettu asiakkaalla elämän kriisitilanteessa tai asiakkaan ollessa vielä työikäinen. Lääkärin mukaan asiakkaat saattavat kokea bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkeaineet hyvinä ja turvallisina, jolloin niiden käyttö ”herkästi vaan jää päälle”. Pitkään jatkunutta uni- tai rauhoittavaa lääkitystä on kuitenkin vaikea, hoitajan mukaan ”lähes mahdoton” lopettaa asiakkaalle kehittyneen lääkeriippuvuuden vuoksi. Vaikka asiakasta tuleekin motivoida ja lääkitys lopettaa hitaasti ja vähitellen, on varsinainen lopetussuunnitelma lääkärin mielestä helppo tehdä. Lääkäreiden mukaan bentsodiatsepiineja ja niiden kaltaisia lääkeaineita tulisikin määrätä iäkkäille harkiten, ja aloittamisen sijaan pyrkiä ennemmin lääkkeiden lopettamiseen.

7.11.6 Lääkityksestä aiheutuvien hyötyjen ja haittojen asiakaskohtainen arviointi

Moni haastateltava korosti asiakkaan yksilöllisen tilanteen huomioimisen tärkeyttä iäkkään kotihoidon asiakkaan lääkitystä arvioitaessa. Hoitaja ja lääkäri olivat yhtä mieltä siitä, että kotihoidon asiakkaan korkeaa ikää tuskin pidetään lääkäreiden keskuudessa perusteena lääkitysarvion tekemättä jättämiselle. Sen sijaan asiakkaan ongelmaton ti-

lanne on hoitajan mukaan todennäköisempi syy olla muuttamatta iäkkään asiakkaan lääkitystä. Lääkärin käsityksen mukaan iäkkään potilaan kohdalla lääkärit miettivät ennemminkin lääkkeiden lopettamista uusien lääkkeiden aloittamisen sijaan. Myös toisen hoitajan mielestä lääkärit ovat nykyään tarvittaessa varovaisia aloittamaan esimerkiksi uni-, mieliala- ja vahvojen kipulääkkeiden käyttöä iäkkäällä potilaalla.

Välillä lääkärit joutuvat kuitenkin tarkoituksella käyttämään potilaillaan lääkkeitä, joiden yhteiskäyttö ei ole suositeltavaa. Lisäksi hoitaja kertoi tilanteista, joissa yrityksistä huolimatta kotihoidon asiakkaan monilääkitykseen ei löydetä kovin hyvää ratkaisua. Toisaalta myös päätös lääkkeen lopettamisesta iäkkäällä voi olla lääkärille vaikea. Sekä hoitajan että lääkärin mielestä on esimerkiksi yleistä, että lääkäri joutuu jatkamaan ongelmallisena pitämäänsä lääkitystä asiakkaalla tämän hankalan elämäntilanteen vuoksi.

--- henkilö valittaa kipuja, tai muuta, ja sit sä lopetat kipulääkkeen tai, potilas valittaa kovaa ahdistusta ja, hänellä on joku semmonen, et hän valittaa unettomuutta ja sitten, sä lopetat jonkun lääkkeen, niin --- nää ei oo mitenkään helppojä kysymyksiä. (Haastattelu 2)

Lääkärin haastattelussa tuli esiin myös lääkäreihin kohdistuva paine iäkkään potilaan omaisten puolelta.

--- ei pelkästään se potilas itsessään, mutta vanhemmilla ni, henkilöillä on aina sitten, saattaa olla, sitten myös omaisia, jotka sitten, esittää omia vaatimuksia. (...) --- joissain tilanteissa saattaa olla hyvinki että, me ei, sinällään hoideta vanhusta, mut me hoidetaan --- omaista. (Haastattelu 2)

7.11.7 Kotihoidon yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa

Terveystenhoito henkilöstön yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa riippuu haastattelujen perusteella siitä, kuka asiakas ja kuka omainen on kyseessä. Uuden kotihoidon asiakkaan luottamuksen saavuttaminen ja yhteisistä toimintatavoista sopiminen vie hoitajan mukaan aina oman aikansa, mutta mitä paremmin kotihoito oppii tuntemaan asiakkaan ja hänen omaisensa, sitä paremmin sujuu myös yhteistyö heidän kanssaan. Niin lääkärin kuin hoitajan mielestä on yleistä, että kotihoidon asiakas ei kerro samoja asioita kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Lääkäri arvioi, että ilmiön taustalla olevat

syyt ovat yksilökohtaisia, ja liittyvät asiakkaan ja hoidon osapuolten välisiin henkilökohtaisiin suhteisiin.

--- omaisten kanssa saattaa olla, riippuu suhteesta, että --- valitetaan tiettyjä asioita ja sitten, hoitajan kanssa sit saatetaan valittaa tiettyjä asioita ja, sitte ku, lääkäri on siinä, ni --- ei sitten, välttämättä ookaan mitään --- tai haluta sanoo sitä tai, vähätellään asioita tai sit, mm oli --- tai sitten, on --- joka tapauksessa kumminkin se tarina on sitte niinku eri, mitä esimerkiksi tota sitten niinku muille, muiden kanssa. (Haastattelu 2)

Aktiivisten omaisten kanssa kotihoidon yhteistyö on kuitenkin varsin tiivistä, ja omaiset ovat ”tavallaan yks osa sitä hoitorinkiä”. Lääkärin mukaan asiakkaan hoidossa aktiivisesti mukana olevista omaisista voi olla apua esimerkiksi selvittäessä iäkkään asiakkaan käytössä olevaa lääkitystä. Toisen lääkärin mielestä omaiset tulisikin entistä paremmin ottaa mukaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoitoon. Kotihoidon henkilökunnan, asiakkaan ja omaisten välistä avoimuutta olisi lääkärin mukaan mahdollista lisätä esimerkiksi nykyistä aktiivisemmän hoitotapaamiskäytännön avulla, jotta ”kaikki ovat tietosia, mis mennään”. Tällä hetkellä kotihoito järjestää kerran vuodessa hoitotapaamisen asiakkaan ja omaisten kanssa heidän niin halutessaan. Vaikka varsin usein hoitotapaaminen halutaan hoitajan kokemuksen mukaan pitää, eivät kaikki omaiset ole siitä kiinnostuneita eikä osa omaisista pidä lainkaan yhteyttä kotihoitoon.

7.12 Terveystieteiden ammattilaisten näkemyksiä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteesta

Enemmistö haastateltavista piti kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilannetta hyvänä tai aikaisempaa parempana. Lääkäri koki lääkkeiden koneellisen annosjakelun helpottaneen potilaiden lääkitysten arviointia, sillä annosjakelulääkeresepien tullessa samaan aikaan uusittaviksi lääkärille on lääkitystä helpompi arvioida kokonaisuutena. Yksi hoitajista kertoi, että interventiotutkimuksen ansiosta kotihoidon asiakkaiden lääkitysoista on keskusteltu paljon enemmän. Hoitaja uskoi itsekin oppineensa tutkimuksen myötä kiinnittämään huomiota erilaisiin asioihin. Toisaalta kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteesta on kuitenkin haastateltavien mukaan edelleen parannettavaa. Yksi

hoitajista esimerkiksi uskoi, että asiakkaiden tarvittaessa otettavissa lääkkeissä saattaa edelleen olla lääkkeitä, jotka eivät ole enää asiakkaan käytössä.

7.13 Kokemuksia Lohjan interventiotutkimuksessa tehdyistä lääkitysarvioinneista

7.13.1 Farmasian ammattilaisten osallistuminen lääkityksen arviointiin

Suhtautuminen iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkitysten arviointeihin saattaa vaihdella lääkäristä riippuen, mutta kaikki haastateltavat pitivät farmasian ammattilaisen osallistumista lääkitysarviointeihin hyvänä asiana. Toisen lääkärin mielestä iäkkäiden asiakkaiden lääkitysten säännöllinen arviointi on olennainen osa kotihoidon työtä. Koska yksityiskohtainen lääkityksen tarkistaminen on työlästä ja aikaa vievää, ja vaatii sekä osaamista että kokemusta, tulisi arvio lääkärin mielestä ehdottomasti tehdä yhteistyössä farmasian ammattilaisen kanssa. Hoitaja mukaan farmasian ammattilainen katsoo asiakkaan lääkitysasioita teoreettisemmasta näkökulmasta hoitajan arvioidessa puolestaan asiakkaan ”yleistä pärjäämistä”. Lääkärin mielestä farmasistien tuoma objektiivinen näkökulma potilaiden lääkityksiin on ”virkistävää” subjektiivisesta näkökulmasta tehtävässä lääkärin työssä. Myös toisen lääkärin mielestä on hyvä kuulla lääkityksistä huomioita riippumatta siitä, päätyykö lääkäri potilaan kohdalla muutosehdotusten toteuttamiseen vai ei.

Molemmat lääkärit suhtautuivat myönteisesti farmasistien osaamisen hyödyntämiseen kotihoidon asiakkaiden lääkehoidoissa. Yhtenä lääkitysturvallisuutta parantavana keinona toinen lääkäri mainitsi hoitajien, lääkäreiden ja farmasian ammattilaisten yhdessä muodostamien ”turvaketjujen” perustamisen iäkkäiden terveydenhuoltoon. Myös yhden hoitajan mukaan lääkehoitojen arviointi sekä farmasian ammattilaisen että lääkärin näkökulmasta olisi hyvä ottaa käytännöksi myös jatkossa. Potilaan parhaaksi tehtävän moniammatillisen yhteistyön merkitys korostui erityisesti kahden terveydenhuollon ammattihenkilön haastatteluissa.

--- tää on semmonen työ ja, niin moninainen, että --- et, et sä pystysit tekee par-, parhaan mahdollisen tuloksen, asiakkaalle, tai potilaalle, niin tota-a --- tää on jatkuvaa oppimista ja kehittymistä ja --- ne ratkasut, mitä sä välttämättä ite teet,

eivät oo välttämättä parhaita mahdollisii, ni --- kyl tässä niinku apuja tarvitaan - -- Ja, sitten niinku ei, siit oo mitään haittaa, et joku, tuplatarkistaa sun työs. (Haastattelu 2)

--- ei mun mielestä oo koskaan haittaa, että joku, erityisosaaja on mukana, suunnittelemassa. Yhteistyötähän tää kaikki on niinkun, periaattees niinkun, ihmisten, parhaaks. (Haastattelu 3)

Lähes kaikki haastateltavat olivat selkeästi sitä mieltä, että kotihoidon asiakkaalle lääkitysarviota tekevä farmasian ammattilainen ei tule liikaa hoitajan tai lääkärin vastuualueelle. Vaikka lääkäreillä ei omakohtaisesti ollut kokemusta yhteistyön ongelmista arviointia tekevän farmasistin kanssa, uskoi toinen lääkäri osan ihmisistä olevan ”kärtysemiä” farmasistin kanssa yhteistyössä tehtäviä lääkitysarviointeja kohtaan. Toinen lääkäreistä korosti lisäksi farmasistin vastuuta potilaan hoitoon sitoutumisen tukemisessa.

--- jos potilaalle on sanottu, et sä et missään nimes voi käyttää nyt tätä (lääkettä), ku sul on tuo lääke, nii sitte, potilas ehkä suostu enää ottamaan sitä. Et sillon voi tulla, pieni ongelma, ja niinkun compliance, hoitomyöntyvyydessä. Et vaikka ois ite (lääkärinä) sitä mieltä, et voi käyttää --- niin sillon voi tulla ongelma. (Haastattelu 5)

Haastateltavien keskuudessa oltiin tyytyväisiä farmasistin lääkitysarvioinneissa esiin tuomaan lääketietoon. Kuitenkin myös terveydenhuollon ammattilaisten välisen yhteistyön merkitys lääkitysarviointien päätöksenteossa korostui, ”että ei vaan niinku yks voi sanoo, että, näin tehään tässä näin ---”. Lisäksi farmasistin valmiudet puuttua tuntemattoman kotihoidon asiakkaan lääkitykseen mietityttivät kahta kotihoidon hoitajaa.

--- ei voi niinku liikaa taas sit puuttuu tähän lääkärinkään, et ku, ei tunne yhtään niinku sit potilasta ni, ni tota --- Et mun mielest se, et tuodaa asioita tiedoksi ja ni se on niinku, hyvä. Mut ei tietenkää voida syyllistää tai, tai, (naurahtelua) tai tota, liikaa tulla sitte niinku, ohjeistamaan, ku ei tosiaan tiedä mikä, (asiakkaan) kotitilanne on --- (Haastattelu 1)

--- ennen ku tekee, mitään muutoksiin niist niinku, kannattais niinku ihan avoimesti niinkun, jutella niinku just vaikka niitte hoitajien kanssa, että --- mikä se,

niinku oikee tilanne (asiakkaan kotona) on, ja sit kertoo, että, että, nyt asiakkaal on vaikka nyt, vaikka nyt vaikka se Opamox, et tää vaikuttaa nyt tällä ja tällä tavalla ja aiheuttaa tämmösii ja tämmösii haittavaikutuksii. Voidaanhan me tietenki käydä lukemassa ne jostakin tuolta, mut nehän usein jää lukematta, etkä sä muist- tai --- tiedät nää yleisimmät haittavaikutukset tämmösistä, mut sit se voi olla jotakin tämmösii harvinaisempii, mitä sä et niinkun oikeesti hiffaa. Ni sit ois ihan hyvä tietää, että, että jos sä nyt sanoisit, että täl on nyt tää --- Opamox tässä, että tää aiheuttaa myös tämmösii haittavaikutuksii, et onks täl asiakkaal ollu simmossii, ni. Et tuos sen tiedon ennen, ku alkaa mitään niinkun, lopettelemaan. (Haastattelu 3)

7.13.2 Muutosehdotusten toteutettavuus käytännössä

Hoitohenkilökunta saattaa kyseenalaistaa farmasistin ehdotuksesta toteutetun lääkeytymyksen tarkoituksenmukaisuuden, jos kotihoidon asiakkaan vointi heikkenee pian muutoksen toteuttamisen jälkeen. Hoitajan mukaan lääkeytymyksen vaikutusta ei ”voi oikeestaan tietää, ennen ku sen kokeilee”, vaikka joidenkin asiakkaiden kohdalla joudutaankin palaamaan alkuperäiseen lääkeytykseen. Myös toisella hoitajalla oli kokemusta asiakkaan voinnin heikentymisestä lääkeyteen vähentämisen jälkeen, vaikka varmaa yhteyttä voinnin ja lääkeytymyksen välillä ei hoitajan mukaan ollutkaan. Toisaalta sekä hoitajien että lääkeyreiden keskuudessa oltiin samaa mieltä siitä, että lääkeytymyksen muutoksista mahdollisesti aiheutuvia haittoja huomioidaan paremmin kuin hyötyjä. Toisin kuin potilaan hoidosta saamat hyödyt, tulevat potilaan ongelmat yleensä hyvin lääkeyrin tietoon.

Farmasistien tekemien muutosehdotusten ymmärrettiin perustuvan tietoon, mutta käytännössä muutosten toteuttaminen ei aina ole niin yksiselitteistä. Esimerkiksi silloin, kun asiakkaan lääkeytys on oireiden kannalta toimiva, eivät lääkeyrit välttämättä halua sitä suosituksista huolimatta muuttaa. Vaikka hoitosuosituksia noudattamalla onkin ”suurempi mahdollisuus, et, teet oikein, ku että teet väärin”, eivät teoria ja käytänteet aina kohtaa lääkeyrin työssä.

--- tilanteita, joissa sul ei oo hyviä ratkaisuja. Käytännös, ideaalimaailmassahan käytännössä --- mikä mennään niinku kirjaopin mukaan tai Käypä hoidon mukaan tai muuta, niin --- Kyllähän se, kaikki suunnilleen tietää, että --- mikä, miten kannattais mennä ja näin eespäin, mutta reaaliaailmaan siirrettynä, niin, kyl siin aina joutuu vähän lutvimaan. Ja, ja se tilanne ei oo valitettavasti niin,

sinivalkoinen tai mustaval-, mustavalkoinen. (...) --- yksilökohtaisesti joutuu sitte tekemään ratkasut, että, minkälaisen linjan valitsee (...) --- ottaako sitte kovemman linjan vai ottaako sitten, lepusman linjan --- (Haastattelu 2)

Lisäksi Lohjan interventiotutkimuksessa kaikki lääkärit eivät välttämättä olleet kovin innokkaita osallistumaan itselleen melko tuntemattomien kotihoidon asiakkaiden lääkitysarviointeihin. Tämä saattoi heijastua terveydenhuoltohenkilöstön väliseen yhteistyöhön ja hoitajan mukaan myös lääkäreiden potilastietojärjestelmään tekemiin kirjauksiin: ”--- sit oli myös niitte (lääkäreiden) kirjauksetki koneella vähä semmossia, et ei niist oikeestaan saanu sitten selvää, mitä siin luki (hieman naurahtaen).” Toisaalta myös farmasian ammattilaisten kautta tapahtuneen tiedonvälityksen olisi hoitajien keskuudessa toivottu olleen interventiotutkimuksessa parempaa, sillä tutkimus vei arvioitua enemmän kotihoidon aikaa herättäen tyytymättömyyttä henkilökunnan keskuudessa.

7.13.3 Lääkitysarviointien ajallinen vaativuus

Vaikka Lohjan interventiotutkimuksessa kotihoidon asiakkailta toteutettuihin lääkitysten arviointeihin liittyvät käytännön järjestelyt ja tiedonhankinta veivät kotihoidon aikaa, eivät haastatteluun osallistuneet hoitajat pitäneet itse lääkitysarviota kovinkaan työllistävänä kotihoidon näkökulmasta. Hoitajat eivät myöskään kokeneet, että arvion pohjalta tehtyjen lääkitysmuutosten selittäminen asiakkaalle, hänen omaisilleen ja muulle hoitohenkilökunnalle olisi ollut ajallisesti vaativaa, vaan sen ajateltiin olevan osa sairaanhoitajan perustyötä.

Lääkäri sitä vastoin koki, ettei aikaa lääkitysmuutosten läpikäymiseen juurikaan ole. Lääkitysmuutosten läpikäyntiä vaikeuttavat esimerkiksi potilaan mahdolliset kommunikatiovaikeudet sekä se, ettei potilas välttämättä ymmärrä lääkitysmuutoksia. Lisäksi lääkäri ei myöskään aina tapaa potilasta, ja hoidon osapuolia voi olla vaikea tavoittaa. Hoitajien tavoin myös lääkäri oli kuitenkin tyytyväinen yksittäisen asiakkaan lääkitysarvioon kuluneeseen aikaan, sillä arvioajankohdan voi varata omaan aikatauluun ja farmasistin laatiman valmiin muutosehdotuksen ansiosta lääkärin on helppo kiinnittää potilaan lääkityksessä huomiota oikeisiin asioihin. Arviointi olisi kuitenkin saattanut

olla lääkärin mukaan vielä helpompaa ja nopeampaa, mikäli asiakas olisi entuudestaan ollut lääkärille hyvin tuttu.

8 POHDINTA

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella suomalaisen terveydenhuollon haasteita ovat potilas- ja lääkitystietojen hajanaisuus ja epäyhtenäisyys eri terveydenhuoltoyksiköiden välillä sekä puutteet terveydenhuollon ammattilaisten välisessä tiedonkulussa (Kallio ym. 2016). Lisäksi ongelmallisena on pidetty yhteisen kansallisen potilastietojärjestelmän puuttumista sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan epätietoisuutta potilaan voimassa olevasta lääkityksestä. Suomalaisesta perusterveydenhuollosta on havaittu puuttuvan taho, joka viime kädessä ottaa vastuun potilaan hoidosta (Kallio ym. 2016; Toivo ym. 2018). Tämä tutkimus tukee Kallion (2016) ja Toivon (2018) työtovereineen saamia tutkimustuloksia, sillä tiedonkulkuun, potilastietojärjestelmiin ja terveydenhuollon ammattilaisten väliseen vastuunjakoon liittyvät ongelmat osoittautuivat eräiksi juurisyiksi iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla.

Tutkimustulokset ovat samankaltaisia verrattuna myös kansainvälisistä, lääkkeiden epäasianmukaista määräämistä, lääkäreiden päätöksentekoa ja lääkkeiden lopettamista potilaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta käsittelevistä tutkimuksista saatujen tulosten kanssa (Spinewine ym. 2005; Fried ym. 2011; Hunt ym. 2012; Reeve ym. 2013; Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Lisäksi tutkimusasetelma, jossa hoitoon osallistuva lääkäri ei välttämättä tunne kovin hyvin potilasta, sekä asiakashaastatteluista saatu suppea aineisto kuvaavat hyvin terveydenhuollon todellisuutta, jossa potilaiden tietämys omasta lääkityksestään voi olla puutteellista, ja useita lääkäreitä osallistuu potilaan hoitoon (Fried ym. 2011; Palagyi ym. 2016).

8.1 Tulosten tarkastelu

8.1.1 Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja resurssit

Aikaisemman tutkimustiedon mukaisesti myös tämä tutkimus osoittaa terveydenhuoltojärjestelmän puutteellisten resurssien vaikuttavan siihen, miten hyvin kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa on mahdollista seurata ja arvioida (Fried ym. 2011; Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016). Kotihoidon vähennetyt hoitohenkilökuntaresurssit eivät nykyisellään riitä vastaamaan kotihoitoa tarvitsevien iäkkäiden lisääntyvään määrään Suomessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Resurssien väheneminen lisää kotihoidon työn kuormittavuutta ja saattaa heikentää sen vetovoimaisuutta työntekijöiden näkökulmasta. Hoitotyön kuormittavuus voi johtaa myös sairauspoissaoloihin ja sen myötä hoitajien sijaisuuksiin ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuuteen. Aineiston perusteella työntekijöiden vaihtuvuus on riski kotihoidon asiakkaiden lääkitysturvallisuuden kannalta. Vaikka kotihoidon vastuuhoitajakäytäntö helpottaa asiakkaan voinnissa tapahtuvien muutosten havainnointia, voi vaihtuvien hoitajien olla hankala havaita itselleen tuntemattoman asiakkaan voinnissa tapahtuneita muutoksia. Iäkkäiden hoitotyön vetovoimaisuutta parantamalla voitaisiin osaltaan vähentää terveydenhuoltohenkilöstön vaihtuvuutta ja sen myötä lääkehoidon seurantaan liittyviä ongelmia.

Osaltaan haasteita lääkehoidon seurantaan saattaa tuoda vuoden 2017 alusta voimaan tullut lääkemääräysten voimassa oloajan pidentyminen kahteen vuoteen, minkä tarkoituksena on säästää reseptien uusimiseen kuluvaan lääkärin työaikaa muihin tehtäviin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Uudistuksen myötä potilaiden lääkityksiä saatetaan arvioida entistä harvemmin, jolloin esimerkiksi riski tarpeettoman lääkityksen jatkamiseen lisääntyy (Palagyi ym. 2016). Kotihoidon toimintaa tulisikin kehittää joko resurssija lisäämällä tai olemassa olevia resursseja paremmin hyödyntämällä. Suomessa tähän pyritään hallituksen I&O -kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” avulla parantamalla iäkkäille tarjottavia palveluja ja niiden koordinoitua alueellisesti kehitettyjen toimintamallien pohjalta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a).

8.1.2 Useat eri hoitavat lääkärit ja lääkäriresurssi

Haastattelujen perusteella kotihoidon hoitajat ovat tyytyväisiä sekä kotihoidon oman lääkärin että etälääkärin toimintaan. Tällä hetkellä Lohjan kaupungin kotihoidossa on kuitenkin resursseja ainoastaan yhdelle kotihoidon lääkärille, mikä asettaa kotihoidon asiakkaat eriarvoiseen asemaan lääkäripalvelujen saatavuuden suhteen. Kaikkien asiakkaiden ei ole mahdollista päästä kotihoidon lääkärin hoidon piiriin, jolloin osa kotihoidon asiakkaista hakee tarvitsemansa lääkäripalvelut terveyskeskuksesta tai yksityisiltä terveysasemilta. Tämä puolestaan hankaloittaa kotihoidon mahdollisuuksia seurata asiakkaan lääkehoidon tilannetta, sillä esimerkiksi erilaiset potilastietojärjestelmät hankaloittavat eri hoitotahojen välistä tiedonkulkua.

Kotihoidon asiakkaiden eriarvoiset mahdollisuudet lääkäripalveluihin voivat vaikuttaa myös asiakkaiden lääkitysongelmien esiintyvyyteen, sillä kotihoidon lääkärin mahdollisuudet asiakkaan lääkityksen arvioimiseen ovat tutkimuksen mukaan paremmat kuin terveyskeskuslääkäreiden. Koska terveyskeskuksessa asioivien kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa ei yleensä ole mahdollista keskittää samalle lääkärille, on todennäköistä, että useamman lääkärin osallistuminen asiakkaan lääkehoitoon lisää lääkitykseen liittyvien ongelmien riskiä (Fried ym. 2011; Palagyi ym. 2016).

8.1.3 Mahdollisuudet lääkitysten arvioimiseen

Haastatteluissa esiin tulleen tiedon perusteella terveyskeskuslääkäreiden työssä ei erikseen ole varattu aikaa potilaiden lääkitysten tarkistamiseen, minkä vuoksi lääkitysten yksityiskohtainen tarkistaminen kaikkien potilaiden kohdalla veisi lääkärin aikaa muilta vaadituilta työtehtäviltä. Tutkimuksen mukaan lääkäri saa uusittavakseen paljon lääkemääräyksiä, minkä vuoksi lääkkeiden soveltuvuutta ja tarpeenmukaisuutta ei välttämättä ehditä arvioida reseptin uusimisen yhteydessä. Tämä saattaa johtaa esimerkiksi sopimattomien tai tarpeettomien lääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön potilaalla. Kotihoidon asiakas saattaa kuitenkin ajatella lääkityksen jatkamisen olevan hyväksyttävää, mikäli lääkäri toistuvasti uusii lääkemääräyksen (Reeve ym. 2013). Vaikka potilas myöhemmin hakeutuisikin lääkärin hoitoon epäasianmukaisesta lääkityksestä aiheutuneiden oireiden

vuoksi, ei tässä tutkimuksessa esiin tullen tiedon perusteella tieto potilaan tilanteesta aina kulkeudu kyseisen lääkkeen määränneelle lääkärille. Tämä puolestaan estää myös lääkäriä kehittymästä työssään, sillä tieto potilaan reaktiosta saattaisi jatkossa auttaa huomioimaan paremmin lääkkeeseen liittyviä riskitilanteita.

Lääkärin mukaan puutteet lääkityksen tarpeen säännöllisessä arvioinnissa ovat ongelmana kipu- ja psyykenlääkkeiden kohdalla. Kivun ja mielenterveyden hoitaminen saattaa olla haastavaa, ja usein lääkitykseen saatetaan päätyä potilaan tai lähiympäristön kuvaamien oireiden perusteella. Hoidon vaikuttavuuden mittaaminen ei välttämättä ole yksiselitteistä, vaan se saattaa perustua lähinnä potilaan, omaisten tai terveydenhuoltohenkilökunnan subjektiiviseen näkemykseen potilaan tilanteesta. Vaihtuvat terveyskeskuslääkärit eivät välttämättä ole halukkaita muuttamaan itselleen tuntemattoman potilaan kipu- tai psyykenlääkitystä, sillä sairauden hoitotasapainon mahdollinen heikentyminen lääkitysmuutosten seurauksena voi johtaa potilaan oireiden pahenemiseen. Tällöin lääkityksen ennallaan säilyttämistä saatetaan pitää turvallisempana vaihtoehtona erityisesti silloin, kun potilas ei osoita halukkuutta lääkityksen vähentämiseen (Anderson ym. 2014).

Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan mukaan iäkkäiden lääkehoidon tarve ja turvallisuus arvioida säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013). Vaikka iäkkäiden lääkitysten vuosittaista tarkistusta suositellaan rationaalisen lääkehoidon edistämiseksi, eivät säännöllisen lääkehoidon arvioinnit toteudu kaikkien iäkkäiden kohdalla. Tämä tutkimus osoittaa, että pääasialliset syyt lääkitysten tarkistamatta jättämiseen ovat ongelmat tarkistusten käytännön toteuttamisessa. Mikä lääkäreillä olisi riittävästi aikaa ja he saisivat päätöksentekoon tarvitsemaansa tukea, kuten lääkitysarvioinnin tekemiseen päteväntyneen farmasistin apua, olisi arviointeja todennäköisesti nykyistä helpompi toteuttaa. Lääkärin mukaan farmasian ammattilaisen tekemä arvio kotihoidon asiakkaan lääkityksestä säästää lääkärin aikaa potilastyöhön, sillä tällöin lääkärin vastuulle jää lääkityksen arvioinnissa ainoastaan päätös muutosehdotusten toteuttamisesta. Tutkielmaa varten haastatellut lääkärit arvostivat farmasistien tekemiä lääkitysarvioita ja niihin käytettyä aikaa.

Farmasian ammattilaisen osallistuminen lääkityksen arvioimiseen edistää tutkitusti rationaalisen lääkehoidon toteutumista iäkkäillä, useita lääkkeitä käyttävillä potilailla (Lenander ym. 2014). Farmaseuttista osaamista tulisikin hyödyntää iäkkään turvallisen lääkehoidon varmistamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013). Ottamalla farmasistien tekemät säännölliset lääkitysarvioinnit osaksi kaikkien kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon seurantaan varmistettaisiin paremmin rationaalisen lääkehoidon toteutuminen lääkärin työmäärän silti lisääntymättä. Haastatteluaineiston perusteella iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon kaivataan farmaseuttisen ammattitaidon ohella myös enemmän geriatrian osaamista.

8.1.4 Haasteet diagnoosin teossa ja kyky epäillä lääkitystä oireen taustalla

Lääkkeestä aiheutuvan haittavaikutuksen tunnistaminen ei ole aina helppoa, ja iäkkäillä potilailla esiintyvät geriatriset syndroomat vaikeuttavat entisestään mahdollisen syy-yhteyden tunnistamista (Lee ym. 2009; Anderson ym. 2014; Rosenberg ym. 2014; Nguyen ja Spinelli 2016; Palagyi ym. 2016). Haastatteluaineiston perusteella lääkärin tekemän kokonaisvaltaisen arvioinnin tärkeys tiedostetaan selvitetessä syitä iäkkään potilaan oireisiin. Asiakkaiden lääkitykseen ei kuitenkaan välttämättä kiinnitetä huomiota ennen asiakkaan voimien heikentymistä. Riskienhallinnan näkökulmasta tämä on epäkohta, sillä puuttumalla ajoissa asiakkaan mahdollisesti ongelmalliseen lääkitykseen saattaisi asiakkaan terveydentilan heikentyminen olla ehkäistävissä.

8.1.5 Puutteet hoitohenkilökunnan lääketietämyksessä

Puutteet hoitajien lääketietämyksessä voivat johtaa siihen, ettei lääkelistalla oleviin lääkkeisiin kiinnitetä huomiota eikä asiakkaan lääkitystä ja sen tarkoituksenmukaisuutta kyseenalaisteta. Vaikka kotihoidon asiakkaan lääkkeiden annosjakelu helpottaakin tutkimuksen mukaan lääkärin tekemää lääkityksen arviointia reseptin uusinnan yhteydessä, ei kotihoidossa välttämättä kiinnitetä riittävästi huomiota asiakkaiden annosjaeltuihin lääkkeisiin. Yhdessä haastattelussa esiin tulleen tiedon mukaan hoitajien tietämys lääk-

keistä perustuu osin työn tuomaan kokemukseen, ja haastattelut osoittivatkin kotihoi-
dossa olevan tarvetta lääkkeisiin liittyvälle koulutukselle.

Tarve hoitohenkilökunnan iäkkäiden lääkehoitoa koskevan tietämyksen lisäämiseen on havaittu jo aikaisemmissa tutkimuksissa (Anderson ym. 2014; Palagyi ym. 2016; Toivo ym. 2018). Lisäämällä kotihoidon henkilökunnan lääketietoutta koulutuksen avulla voitaisiin paitsi auttaa hoitajia kiinnittämään huomiota asiakkaan mahdollisesti epäasianmukaiseen lääkitykseen, myös parantaa heidän mahdollisuuksiaan tukea asiakkaita epäasianmukaisen lääkityksen lopettamisessa. Tutkimuksen mukaan lääkitysmuutoksista kotihoidon asiakkaalle aiheutuviin haittoihin saatetaan usein kiinnittää enemmän huomiota kuin hyötyihin. Koulutuksella voitaisiin auttaa huomioimaan myös lääkitysarviointien perusteella tehtyjen lääkitysmuutosten mahdollisia hyötyjä, ja samalla edistettäisiin käsitystä lääkitysarviointien tarkoituksenmukaisuudesta.

8.1.6 Epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä

Vaikka hoitajat tiedostaisivat asiakkaan lääkityksen vaativat arviointia, ei heillä välttämättä ole aikaa perehtyä tarkemmin asiakkaan lääkitykseen. Toisaalta voi olla, etteivät hoitajat halua vaivata asialla kiireistä lääkäreitä, jos asiakkaan voinnissa ei toistaiseksi ole tapahtunut muutoksia. Lisäksi lääkärin saatetaan luottaa huomaavan asiakkaan lääkityksen liittyvät epäkohdat ja puuttuvan niihin tarvittaessa. Todellisuudessa lääkäritkään eivät välttämättä kykene tai halua ottaa kantaa itselleen tuntemattoman asiakkaan lääkitykseen, jolloin asiakkaan lääkitys ei käytännössä ole enää kenenkään vastuulla (Anderson ym. 2014; Kallio ym. 2016; Toivo ym. 2018).

Vastuun siirtäminen hoidon toiselle osapuolelle on myös aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu potilaiden lääkehoidon kannalta ongelmalliseksi (Anderson ym. 2014). Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien ja lääkärin väliseen vastuunjakoon liittyy epäselvyyksiä kotihoidon asiakkaiden lääkelistojen pitämiseen ajan tasalla, lääkitysmuutosten toteuttamiseen ja munuaistoiminnan seuraamiseen liittyen. Aineistossa esiin tulleen tiedon mukaan kotihoidon henkilökunnalla ei ole käytössään asiakkaiden lääkitysten lopettamiseen liittyvä toimintaohjetta. Jos tilapäiseen käyttöön tarkoitettua lääkettä lopetus-

päivämäärää ei ole tarkasti määritetty, jää lääkkeen lopettamisesta huolehtiminen usein hoitajan vastuulle. Hoitajien keskuudessa saatetaan kuitenkin ajatella lääkärin ottavan vastuun lääkkeen lopetussuunnitelman toteuttamisesta, jolloin tilapäislääke saattaa jäädä pitkäaikaiskäyttöön.

Munuaistoiminnan seuraamiseen on sen sijaan olemassa ohjeistus, mutta siitä huolimatta seuranta ei aina toteudu suunnitellusti. Tämä tutkimus osoittaa, että kotihoidon hoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden välistä vastuunjakoa kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyvissä asioissa tulisi selkeyttää. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää esimerkiksi henkilökunnan vastuut, velvollisuudet ja työnjako (Inkinen ym. 2016). Lääkitysturvallisuuden parantamiseksi kotihoidon lääkehoitosuunnitelmaan olisikin hyvä kirjata yksityiskohtaisemmat ohjeet ja henkilökunnan tehtävät muun muassa asiakkaiden lääkitysten lopettamiseen liittyen.

Tutkimuksen perusteella potilaan käytössä olevan lääkkeen puuttumista lääkelistalta pidetään kliinisesti merkittävämpänä ongelmana kuin käyttämättömän lääkkeen jäämistä lääkelistalle. Erityisesti turvallisiksi mielletty, mutta kotihoidon asiakkaalle tarpeettomiksi käyneet lääkkeet, kuten ummetuslääkkeet, saattavat jäädä poistamatta lääkelistalta kiireellisempien asioiden mennessä edelle terveydenhuollon ammattilaisten työssä. Rationaalisen lääkehoidon toteuttamisen kannalta ajantasainen lääkelista on kuitenkin ensiarvoisen tärkeä. Ajan kuluessa lääkelistalle saattaa kertyä useita käyttämättömiä lääkkeitä, mikä puolestaan voi nostaa kynnystä lääkityksen arviointiin. Useiden lääkelistalla olevien lääkkeiden vuoksi lääkityksen arvioiminen saatetaan kokea entistä työläämpänä ja aikaa vievänä, jolloin siihen ei välttämättä ryhdytä lainkaan. Mikäli asiakkaalla ilmenee myöhemmin uudelleen tarvetta lääkityksen jatkamiseen, saattaa lääkäri luulla lääkelistalle jääneen, todellisuudessa käyttämättömän, lääkkeen olevan tehoton asiakkaalla. Tämä puolestaan voi johtaa vaihtoehtoisen, esimerkiksi iäkkäille varauksin soveltuvan, lääkkeen aloittamiseen, minkä seurauksena lääkityksestä mahdollisesti aiheutuvat haitat voivat edelleen johtaa iatrogeeniseen lääkehoitoon.

Perusteettoman monilääkityksen lisäksi myös alilääkitystä voidaan pitää iatrogeneesiin liittyvänä ongelmana (Gurwitz 2004). Tällöin potilaalle terveydenhuollon toiminnasta

aiheutuvan terveydellisen haitan voidaan ajatella liittyvän tekemättä jättämiseen, kun potilaalle ei esimerkiksi määrätä hänen terveydentilansa edellyttämää lääkettä. Kuten tässäkin tutkimuksessa, saattavat myös terveydenhuollon ammattilaiset ajatella potilaan käyttävän liikaa lääkkeitä. Vaikka haastatellut terveydenhuollon ammattilaiset eivät olleet havainneet tarpeellisia lääkkeitä puuttuneen tutkittavilta kotihoidon asiakkailta, ei potilaan monilääkitys sulje pois alilääkinnän mahdollisuutta. Monilääkityllä potilaalla voi olla käytössään perusteettomia lääkkeitä, vaikka hänen lääkityksestään samanaikaisesti puuttuisikin hoidollisista syistä perusteltuja lääkkeitä.

8.1.7 Toimimaton yhteydenpito kotihoidon ja terveystakeskuksen välillä

Tutkimus osoitti, että kotihoidon ja terveystakeskuksen välistä tiedonkulkua haittaa toimivan yhteydenkäytännön puuttuminen. Aikaisemmin käytössä olleet kotihoidon konsultaatiotunnit terveystakeskuksessa ovat poistuneet kotihoidon lääkärin työn myötä, vaikka osa kotihoidon asiakkaista asioi edelleen terveystakeskuslääkärin vastaanotolla. Konsultaatioajan lääkäriltä varatakseen kotihoidon on oltava yhteydessä terveystakeskuksen ajanvaraukseen, mikä on hankalaa ja aikaa vievää. Kotihoito viestiikin lääkärin kanssa usein potilastietojärjestelmässä lähetettävän postin välityksellä, vaikka lääkärin työn kannalta paras vaihtoehto olisi konsultaatioajan varaaminen etukäteen.

Lääkäri ei välttämättä ehdi käsitellä kotihoidon lähettämiä viestejä, jolloin esimerkiksi asiakkaan kohdalla suunnitellut lääkitysmuutokset saattavat viivästyä tiedonvälitykseen liittyvistä ongelmista johtuen. On mahdollista, että lääkärit myös uskovat kotihoidon ottavan kiireellisissä asioissa yhteyttä muuta kautta uudelleen, jolloin kotihoidon lähettämiin viesteihin vastaaminen ei ole lääkärin työtehtävissä etusijalla. Yhteydenpidon epäonnistuminen saattaa kuitenkin heikentää kotihoidon henkilökunnan motivaatiota palata asiaan uudelleen, mikä viivästyttää entisestään kotihoidon asiakkaan asianmukaista hoitoa.

8.1.8 Lääkitystietojen kirjaamiseen liittyvät epäselvyydet ja potilastietojärjestelmiin liittyvät ongelmat

Tutkimuksen perusteella kirjaamiseen liittyvät epäselvyydet johtavat väärinkäsityksiin hoitohenkilökunnan keskuudessa, ja heikentävät niin ikään lääkehoidon tarkoituksenmukaista toteutumista. Lisäksi potilastietojärjestelmistä voi olla vaikea löytää potilaan lääkehoidon kannalta keskeistä tietoa, ja tietoa saatetaan joutua etsimään useasta eri potilastietojärjestelmästä. Tiedonhankintaan ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat ovat tulleet esiin myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014; Kallio ym. 2016). Toisaalta tämä tutkimusaineisto toi esiin sen, että myös terveydenhuollon osapuolten mahdollisuudet nähdä eri hoitotahojen tekemiä kirjauksia asiakkaasta vaihtelevat. Tiedon etsimiseen kuluva aika ja tiedonsaantiin liittyvät rajoitukset heikentävät lääkärin mahdollisuutta hyödyntää päätöksenteossaan kaikkea tarpeelliseksi katsomaansa tietoa (Spinewine ym. 2005; Anderson ym. 2014).

Tämän tutkimuksen osoittaa, että myös tietojärjestelmiin liittyvät häiriötilanteet, puutteellinen tiedonsiirto eri potilastietojärjestelmien välillä sekä potilaiden epäyhdenmukaiset lääkitystiedot ovat merkittäviä potilastietojärjestelmiin liittyviä riskitekijöitä lääkitysturvallisuuden kannalta. Potilastietojärjestelmiä edelleen kehittämällä voidaankin edistää järjestelmien sisältämän tiedon hyödynnettävyyttä ja turvallisen lääkehoidon toteutumista. Pääleikkäislääkityksestä ja lääkkeiden soveltuvuudesta iäkkäille varoittavat suojaustoiminnot reseptinkirjoituksen yhteydessä ovat esimerkkejä toiminnoista, jotka potilastietojärjestelmään sisällytettyinä voisivat helpottaa rationaalista lääkkeen määräämistä.

8.1.9 Puutteet kotihoidon asiakkaiden lääketietämyksessä ja terveydenhuoltohenkilökunnan epätietoisuus asiakkaan lääkityksestä

Potilaiden tietämättömyys lääkkeistä on osaltaan syynä potilailla esiintyviin lääkitysongelmiin (Spinewine ym. 2005; Palagyi ym. 2016). Tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden käyttö on lisääntynyt, eivätkä kotihoidon asiakkaat välttämättä osaa kyseenalaistaa niiden yhteensopivuutta muiden

käytössä olevien lääkkeiden kanssa tai mahdollista päällekkäislääkityksen riskiä. Yksi kotihoidon hoitajista kertoi kehottavansa lääkärin vastaanotolle meneviä asiakkaita otamaan mukaansa ajantasaiset lääkelistansa, jotta lääkärille välittyisi oikea tieto asiakkaan lääkityksestä. Ajantasaiset lääkitystiedot sisältävän ja mukana kuljetettavan lääkityskortin käyttöä olisi hyvä entisestään edistää erityisesti iäkkäiden ja useita lääkkeitä käyttävien potilaiden keskuudessa.

Kotihoidon asiakkaat eivät välttämättä ymmärrä, muista tai halua kertoa lääkitykseensä liittyviä asioita kotihoidon henkilökunnalle, ja esimerkiksi asiakkaan luontaistuotteiden ja itsehoitolääkkeiden käyttö saattaa jäädä kotihoidolta huomaamatta. Haastateltavien mukaan on tavallista, että asiakas kertoo tilanteestaan eri tavoin eri terveydenhuollon ammattilaisille. Asiakkaan tuntema kunnioitus terveydenhuollon ammattilaisen osamista kohtaan saattaa johtaa siihen, että asiakas ei halua olla vaivaksi ja vähättelee omaa vointiaan. Asiakkaan voi olla helpompi kertoa asioistaan tutulle henkilölle kuin kiireiselle terveydenhuollon ammattilaiselle. Toisaalta iäkkään tuntema yksinäisyys ja päivittäisten aktiviteettien puute saattavat johtaa siihen, että terveydellisiä ongelmia korostetaan esimerkiksi omaisille ja tutulle hoitohenkilökunnalle. Haastattelussa lääkäri toivoikin kotihoitoon aktiivisempaa hoitotapaamiskäytäntöä kotihoidon, asiakkaiden ja omaisten välisen tiedonkulun parantamiseksi.

8.1.10 Kotihoidon asiakkaiden lääkehakuisuus ja yksilökohtaisen tilanteen vaikutus lääkkeiden käyttöön

Iäkkään yksinäisyys saattaa näkyä erilaisina mielenterveyteen liittyvinä ongelmina. Oireiden taustalla olevaa syytä ei kuitenkaan välttämättä tunnisteta tai siihen ei osata puuttua, jolloin helpoin ratkaisu voi olla lääkityksen aloittaminen (Cook ym. 2007a). Lisäksi asiakkaan hankala elämäntilanne voi saada asiakkaan turvautumaan lääkkeisiin, joista kokee saavansa helpotusta oloonsa. Lääkäri puolestaan joutuu asiakkaan lääkitystä arvioidessaan pohtimaan myös päätöksentekonsa eettisiä seurauksia, jolloin asiakkaan henkilökohtainen tilanne saattaa olla peruste epäasianmukaisen lääkityksen jatkamiselle. Lääkärin kieltäytyminen lääkityksen jatkamisesta voi heikentää asiakkaan ja lääkärin

välistä hoitosuhdetta ja saada asiakkaan hakemaan apua ongelmaansa toiselta lääkäriltä (Anderson ym. 2014).

Aineiston perusteella yksityisessä terveydenhuollossa määrätään potilaille liikaa lääkkeitä. Potilaat saattavat odottaa saavansa lääkemääräyksen haluamalleen lääkkeelle, jolloin lääkäri saattaa kokea painetta reseptin kirjoittamiseen (Spinewine ym. 2005; Flick ym. 2012; Palagyi ym. 2016; Reeve ym. 2016). Yksityispuolella työskentelevillä lääkäreillä saattaa olla jopa suurempi paine lääkkeiden määräämiseen, sillä potilaiden odotukset hoidon tasosta voivat olla korkeammat kuin julkisessa terveydenhuollossa. Lääkemääräyksen saaminen saattaa potilaalle olla osoitus siitä, että hänen terveydellistä ongelmaansa todella hoidetaan.

Osa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden terveydellisistä ongelmista ja niiden myötä kehittyneestä ongelmallisesta lääkityksestä saattaisi toisaalta olla ehkäistävissä sairauden varhaisten oireiden tehokkaammalla hoitamisella. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden muistiongelmat korostuivat terveydenhuoltohenkilökunnan haastatteluissa yhtenä asiakkaiden lääkehoitoa hankaloittavana tekijänä. Vaikka keinot iäkkäiden muistiongelmien ehkäisemiseksi ovat rajalliset, voidaan lääkkeistä aiheutuvia muistihäiriöitä pyrkiä ehkäisemään välttämällä muistia heikentävien lääkkeiden, kuten bentsodiatsepiinien ja antikolinergien, käyttöä iäkkäillä (American Geriatrics Society 2015).

Toisinaan lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiinien kaltaisia unilääkkeitä, saatetaan lääkärin mukaan käyttää kuitenkin myös mukavuudenhalusta. Tutkimuksessa ilmeni, että usein kotihoidon asiakkaan pitkäaikaiseen käyttöön jäänyt bentsodiatsepiini on saatettu aloittaa jo asiakkaan työuran aikana. Haastatteluaineiston perusteella suurin bentsodiatsepiinien lopettamiseen liittyvä haaste on asiakkaan motivoiminen lääkkeen lopettamiseen. Asiakkaan vakuuttaminen lääkkeen lopettamisen tarpeellisuudesta ei välttämättä ole helppoa, ja se saattaa vaatia hoitohenkilökunnalta paitsi aikaa ja motivaatiota, myös hyvää, lääketietoon pohjautuvaa perustelukykyä. Asiakkaan motivoituminen lääkkeestä luopumiseen ei kuitenkaan riipu ainoastaan terveydenhuoltohenkilökunnan toiminnasta, vaan potilaan päätöksentekoon voivat vaikuttaa myös useat muut tekijät (Reeve ym. 2013; Reeve ym. 2016). Mikäli terveydenhuollon ammattilainen pitää lääkkeen lopetus-

suunnitelman toteutumista epätodennäköisenä, ei potilasta välttämättä edes pyritä motivoimaan lääkkeen lopettamiseen (Palagyi ym. 2016). Terveystieteiden ammattilaisten mahdollisesti erilaiset näkemykset potilaan kyvystä lopettaa lääkkeen käyttö hankaloittavat entisestään potilaan sitouttamista lääkkeen lopettamiseen.

Hoitohenkilökunta ei välttämättä onnistu vakuuttamaan asiakasta lääkkeiden turvallisuudesta käytöstä, jolloin lääkemarkkinalla saattaa olla suuri vaikutus asiakkaan itsehoitovalmiuksien käyttöön. Potilaat saattavat huomaamatta omaksua myös terveydenhuollon ammattilaisten omia käsityksiä lääkkeistä, millä voi tilanteesta riippuen olla joko myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia potilaan lääkehoitoon. Tämä tutkimus osoittaa, että yhteiskunnassa käytävä julkinen keskustelu lääkkeistä voi paitsi heikentää ihmisten sitoutumista lääkehoitoonsa, myös edistää lääkkeiden tarkoituksenmukaista käyttöä. Kotihoidon henkilökunnalle järjestettävien koulutusten lisäksi lääkkeisiin liittyviä koulutuksia voitaisiin suunnitella järjestettävän myös niistä kiinnostuneille kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen. Lääketietämyksen lisääntymisen myötä iäkkäillä olisi paremmat mahdollisuudet osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Omaiset puolestaan voisivat hyödyntää koulutuksissa saamansa tietoa esimerkiksi tukeakseen kotihoidon saavaa läheistään tämän lääkehoitoon liittyvissä asioissa, kuten lääkityksen lopettamisessa.

8.1.11 Farmasian ammattilaisen osallistuminen lääkeshoidon arviointiin

Vaikka haastateltavat suhtautuivat farmasian ammattilaisten kotihoidon asiakkaille tekemiin lääkitysarviointeihin myönteisesti, on farmasistien toiminnassa tutkimuksen mukaan myös kehitettävää. Terveystieteiden henkilökunnan haastatteluissa korostettiin erityisesti kotihoidon asiakkaan yksilöllisen tilanteen huomioimista lääkitystä arvioitaessa sekä sitä, etteivät asiat käytännössä aina ole niin yksiselitteisiä. Vaikka lääkitysarvion tehnyt farmasisti esittää lääkärille mahdollisia muutosehdotuksia potilaan lääkitykseen liittyen, tekee lääkäri päätöksen muutosehdotusten toteuttamisesta tai toteuttamatta jättämisestä. Farmasistin roolia potilaan lääkityksen objektiivisena arvioijana tulisi entisestään korostaa hoitajien ja lääkäreiden keskuudessa. Farmasistin osallistuminen lääkityksen arvioimiseen olisi tärkeää nähdä hoitajien ja lääkäreiden työtaakkaa helpottavana

tekijänä potilaan tarkoituksenmukaisen lääkityksen varmistamisessa. Vaikka farmasistin kyky arvioida tuntemattoman potilaan lääkitys toisinaan kyseenalaistetaan, on lääkityksen perusteellinen arviointi mahdollista osaltaan juuri farmasistin objektiivisuuden ansiosta.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaneita tekijöitä arvioidaan seuraavaksi aineistoon ja tutkimusmenetelmiin sekä kotihoidon asiakkaiden ja terveydenhuoltohenkilökunnan haastatteluihin liittyen.

8.2.1 Tutkimusaineiston ja -menetelmien valinta

Tutkimuksen reliabiliteetin eli luotettavuuden kannalta oli hyvä tarkastella tutkimusongelmaa sekä kotihoidon asiakkaiden että asiakkaiden hoitoon osallistuvien lääkäreiden ja kotihoidon hoitajien näkökulmasta. Tutkimusaineistoon valittiin mahdollisimman erilaisia lääkitystapauksia niiden kotihoidon asiakkaiden joukosta, joilla erityisen ongelmallinen lääkitystilanne oli Lohjan interventiotutkimuksessa syynä LHKA:n tekemiseen. Lisäksi asiakastapaukset edustivat kolmea eri palvelualueutta Lohjan kaupungin kotihoidossa. Tutkimustulosten voidaankin ajatella monipuolisesti edustavan kotihoidon asiakkaita ja heillä esiintyviä lääkitysongelmia, mikä parantaa tutkimuksen reliabiliteettia. Toisaalta on huomioitava, että tutkimusaineisto rajoittuu ainoastaan Lohjan kaupungin kotihoitoon. Koska kotihoidon toiminnassa saattaa olla alueellisia eroja, ei tutkimuksen tuloksia voi suoraan yleistää koskemaan kaikkia iäkkäitä kotihoidon asiakkaita Suomessa.

Induktiivisen sisällönanalyysin ansiosta tutkimusongelmaa kyettiin tarkastelemaan avoimesti aineistossa esiin tulleiden löydösten perusteella, jolloin analyysi ei ollut sidottuna teoriaan. Vaikka tutkimuksen keskeinen aineisto perustuu yhteensä vain viiteen asiakastapaukseen ja terveydenhuoltohenkilökunnan haastatteluihin, soveltuu pieni tutkimusaineisto hyvin juurisyyanalyysiin, jossa tarkoituksena on perusteellisesti selvittää yksittäiseen hättätapahtumaan tai läheltä piti -tilanteeseen johtaneita syitä (The Joint

Commission 2015). Tässä tutkimuksessa perinpohjaista juurisyyanalyysiä ei kuitenkaan ollut tiedonsaantiin liittyvistä rajoitteista mahdollista tehdä, ja siksi saatuja tuloksia tulee tarkastella kriittisesti. Vaikka perimmäisiä juurisyitä jäi todennäköisesti vielä löytymättä, ovat tulokset toisaalta hyvin samankaltaisia verrattuna aikaisempaan tietoon niistä terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkkeen käyttäjään liittyvistä tekijöistä, jotka vaikuttavat monilääkitykseen syntyyn ja lääkityksen vähentämiseen.

8.2.2 Kotihoidon asiakkaiden hoitohistoria, lääkelistat ja LHKA-raportit

Tutkimuksen reliabiliteettia heikentävä tekijä on ainoastaan yhden tutkijan perehtyminen kotihoidon asiakkaiden lääkitysarviointiraportteihin, lääkelistoihin sekä mahdollisiin potilastietojärjestelmästä tutkimusta varten saatuihin tietoihin. Potilasasiakirjoihin perehdyttiin kuitenkin huolellisesti, ja Lohjan interventiotutkimuksen toteutuksessa mukana ollut tutkielman ohjaajana toiminut proviisori pystyi tutkimuksen aikana ottamaan kantaa aineistosta heränneisiin kysymyksiin.

8.2.3 Kotihoidon asiakkaiden haastattelut

Tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, ettei kotihoidon asiakkaiden haastattelukysymyksiä ehditty pilotoida. Vaikka kotihoidon asiakkaiden antamat haastatteluvastaukset olivat ainoastaan yhden tutkijan tekemien kirjallisten muistiinpanojen varassa, pyrittiin muistiinpanot tekemään mahdollisimman huolellisesti ja täydellisesti. Tutkimusluvan rajallisuuden vuoksi kotihoidon asiakkaiden haastatteluja ei kuitenkaan kyetty nauhoittamaan, mikä heikentää tutkimuksen reliabiliteettia.

Kotihoidon asiakkaiden haastatteluista saatu aineisto jäi tutkimuksessa odotettu vähäisemmäksi, mitä osaltaan selittää kotihoidon asiakkaiden huonokuntoisuus (Hellström ym. 2004). Asiakashaastatteluista saatua tietoa ei sen vähäisyyden vuoksi juuri kyetty pro gradu -tutkielmassa hyödyntämään, joten käytännössä asiakashaastattelujen toteutuksen puutteilla ei ole reliabiliteettia heikentävää vaikutusta. Tutkimuksen reliabiliteettia parantavana asiana voidaan pitää asiakashaastattelujen toteuttamista osana LHKA:n

asiakaskäyntiä asiakkaalle tutussa kotiympäristössä ja haastattelijaa lukuun ottamatta asiakkaalle tuttujen henkilöiden seurassa. Myöskään tällä ei kuitenkaan edellä mainituista syistä johtuen ole käytännössä vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

8.2.4 Terveysthuollon ammattihenkilöiden haastattelut

Tutkimuksen validiteettia parantaa terveydenhuoltohenkilöstölle laadittujen haastattelukysymysten täydentäminen tutkielman ohjaajilta saatujen ehdotusten mukaan. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuihin yleisiin haastattelukysymyksiin saatiin kommentteja Lohjan kotihoidon aluevastaavalta. Tutkimuksen reliabiliteettia heikentää se, ettei kahta lääkäriä tavoitettu mukaan tutkimukseen. Toisaalta haastatteluun osallistuneiden hoitajien ($n=3$) ja lääkäreiden ($n=2$) lukumäärät ovat lähellä toisiaan, minkä vuoksi saatujen tutkimustulosten voidaan ajatella edustavan varsin tasapuolisesti sekä hoitajien että lääkäreiden näkökulmaa. Lisäksi kaikki haastateltavat vaikuttivat motivoituneilta osallistumaan haastatteluun ja olivat haastattelutilanteessa halukkaita keskustelemaan aiheesta, mikä parantaa tutkimuksen reliabiliteettia. Tutkimuksen reliabiliteettia parantaa myös se, että kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla haastateltiin vähintään yhtä asiakkaan hoitoon osallistunutta terveydenhuollon ammattilaista.

Terveydenhuoltohenkilöstön haastattelukysymykset lähetettiin haastateltaville sähköpostitse etukäteen tutustuttaviksi vähintään muutama päivä ennen sovittua haastatteluajankohtaa. Tämä parantaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä haastateltavien oli mahdollista valmistautua haastatteluun etukäteen. Toisaalta kaikki haastateltavat eivät olleet ehtineet juuri valmistautua haastatteluun, joten pidempi valmistautumisaika olisi saattanut olla tarpeen. Kahta puhelimitse toteutettua haastattelua lukuun ottamatta terveydenhuoltohenkilöstön haastattelut toteutettiin kasvotusten haastateltavien työpaikoilla. Kasvotusten toteutetussa haastattelussa virheellisten tulkintojen todennäköisyys keskustelussa pienenee, mikä lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Myös haastateltavalle tuttu haastattelu-ympäristö parantaa reliabiliteettia, sillä haastateltava saattaa suhtautua tilanteeseen luottavaisemmin ja vähemmän jännittäen. Reliabiliteettia heikentää kuitenkin se, että osassa hoitajien haastatteluista oli tilassa ajoittain läsnä myös muuta kotihoidon

henkilökuntaa, mikä on saattanut vaikuttaa haastattelukysymyksiin vastaamiseen. Lisäksi haastatteluissa jouduttiin toisinaan pitämään lyhyitä taukoja haastateltavien muista työasioista johtuen. Osaltaan lääkäreiden kykyä vastata asiakkaiden lääkehoitoa koskeviin yksityiskohtaisiin kysymyksiin saattoi rajoittaa se, etteivät lääkärit tunteneet hyvin käsiteltäviä asiakastapauksia. Toisaalta lääkärit olivat kuitenkin olleet osallisina Lohjan interventiotutkimuksessa asiakkaille suoritetuissa lääkehoidon kokonaisarvioinneissa, joihin lääkärit oli valittu sen perusteella, että he olivat aikaisemmin osallistuneet kyseisen kotihoidon asiakkaan hoitoon.

Terveystenhuoltohenkilöstön haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla analyysin luotettavuuden varmistamiseksi. Lisäksi tutkija teki haastattelujen aikana kirjallisia muistiinpanoja mahdollisten aineistonkeruussa ilmenevien teknisten ongelmien varalta. Tutkimuksen validiteettia heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että haastattelujen toteutuessa keskustelevasti myös haastattelukysymysten esitystapa vaihteli haastattelutilanteesta riippuen. Lisäksi haastattelukysymysten läpikäymisessä ei aina edetty järjestelmällisesti, vaan kysymysten esitysjärjestys vaihteli toisinaan keskustelun etenemisestä riippuen. Tilannekohtaisista tekijöistä johtuen kaikkia haastattelukysymyksiä ei myöskään esitetty jokaiselle haastateltavalle, mikä heikentää tutkimuksen reliabiliteettia. Haastattelukysymystä ei esitetty esimerkiksi silloin, kun kysymykseen liittyvää aihetta oli käsitelty jo aikaisemmin keskustelussa.

Tutkimuksen reliabiliteettia parantaa se, että analyysivaiheessa litteroitujen haastattelujen oikeellisuus varmistettiin kuuntelemalla molempiin nauhureihin tallennetut haastattelut. Sama henkilö suoritti sekä haastattelut että aineiston analyysin, mikä lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Toisaalta tutkimuksen reliabiliteettia heikentää analyysin perustuminen vain yhden henkilön näkemykseen ja tulkintaan aineistosta.

8.3 Tutkimuksen merkitys

Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, millaiset terveydenhuoltojärjestelmä- ja asiakaslähteiset syyt ovat iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla. Tutkimustulokset osoittavat, että kansainvälisesti saatu tut-

kimusnäyttö iäkkäiden perusteettomaan monilääkitykseen johtavista tekijöistä vastaa myös suomalaisen kotihoidon tilannetta. Tutkimus osoitti, että myönteisestä kehityksestä huolimatta on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa edelleen paljon kehitettävää. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää turvalliseen ja rationaaliseen lääkehoitoon tähtäävässä terveydenhuollon kehitystyössä, kun kehitetään parempaa toimintamallia kotihoidon asiakkaiden lääkityksen hallintaan.

8.4 Jatkotutkimukset

Vaikka haastatteluissa tuli esiin useita kehitysehdotuksia iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteen parantamisesta, tarvitaan kuitenkin järjestelmällisempää tutkimusta siitä, miten moniammatillista yhteistyötä voidaan paremmin hyödyntää kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa. Jotta voitaisiin kehittää terveydenhuollon ammattilaisten kyvykkyyttä tukea asiakasta lääkkeen lopettamisessa, tulisi tutkia, millaiset ovat hoitohenkilökunnan tämänhetkiset valmiudet ja mahdollisuudet kannustaa asiakasta epäasianmukaisen lääkkeen lopettamiseen. Lisäksi olisi hyvä tutkia, miten esimerkiksi resurssien käytön suunnittelulla voitaisiin yhä useammalle kotihoidon asiakkaalle tarjota mahdollisuus keskittää hoitonsa yhdelle lääkärille.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa havaittiin seitsemän juurisyytä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla:

- 1) Puute terveydenhuollon resursseista. Kaikkien kotihoidon asiakkaiden ei ole mahdollista keskittää hoitoaan kotihoidon lääkärille. Lisäksi lääkäreiden mahdollisuudet tarkistaa lääkityksiä ja tavata kotihoidon asiakas vaihtelevat.
- 2) Hoidon jakautuminen eri terveydenhuollon toimijoiden kesken. Kotihoidon asiakkaat käyttävät sekä julkisia että yksityisiä lääkäripalveluja. Hoitohenkilökunta on vaihtuvaa, ja useita eri lääkäreitä osallistuu asiakkaan hoitoon.

- 3) Terveysthuollon ammattilaisten erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet. Diagnostiikan tekeminen iäkkään potilaan kohdalla voi olla haastavaa eikä lääkitystä aina osata epäillä oireiden aiheuttajaksi. Puutteita esiintyy sekä ammattilaisten lääketietämyksessä että lääkitymisen tarpeen ja soveltuvuuden arvioimisessa.
- 4) Epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Vastuunjakoon liittyvät epäselvyydet näkyvät ongelmina esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden lääkelistojen pitämisessä ajan tasalla, lääkityspurkujen toteuttamisessa ja munuaistoiminnan seurannassa. Kotihoidolla on aktiivinen rooli asiakkaiden lääkitysasioista huolehtimisessa.
- 5) Haasteet hoidon eri osapuolten välisessä viestinnässä. Terveysthuollon ammattilaiset eivät aina ole tietoisia kotihoidon asiakkaiden lääkityksistä. Myös ammattilaisten välisessä tiedonkulussa esiintyy puutteita. Lisäksi toimivan yhteydenpitomenetelmän puuttuminen hankaloittaa kotihoidon ja terveyskeskuslääkäreiden välistä viestintää.
- 6) Potilastietojärjestelmien epäyhtenäisyys ja käyttöön liittyvät ongelmat. Eri potilastietojärjestelmien väliseen tiedonsiirtoon liittyy ongelmia. Myös potilastietojärjestelmien puutteet ja tietotekniset häiriöt ovat riski lääkitysturvallisuudelle.
- 7) Asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne. Asiakkaan puutteellinen lääketietämys, lääkkeisiin liittyvät käsitykset ja erilaiset hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät vaikuttavat lääkehoidon toteutumiseen. Lääkehoidon kuuluminen asiakkaan tai omaisen vastuulle sekä asiakkaan käytössä olevat iäkkäillä vältettävät lääkkeet ovat riski turvallisen lääkehoidon toteutumiselle. Asiakkaan henkilökohtaisella tilanteella on merkitystä arvioitaessa lääkitykseen liittyviä hyötyjä ja haittoja. Kotihoidon, asiakkaan ja omaisten välinen yhteistyö edistää asiakkaan lääkehoidon turvallista toteutumista.

KIRJALLISUUSLUETTELO

Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK: Cognitive and Other Adverse Effects of Diphenhydramine Use in Hospitalized Older Patients. *Arch Intern Med* 161:2091–2097, 2001

American Geriatrics Society, Beers Criteria Update Expert Panel: American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 63:2227–2246, 2015

Andersen B, Fagerhaug T, Beltz M: Root Cause Analysis and Improvement in the Healthcare Sector: A Step-By-Step Guide (online). ASQ Quality Press, 2010

Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I: Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 4:e006544, 2014

Aronson JK: In defence of polypharmacy. *Br J Clin Pharmacol* 57:119–120, 2004

Auret K, Schug SA: Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drugs Aging* 22:641–654, 2005

Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs* 18:37–48, 2004a

Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol* 19:437–454, 2004b

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 380(9836):37–43, 2012

Bavishi C, Dupont HL: Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Aliment Pharmacol Ther* 34:1269–1281, 2011

Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC: Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 151:1825–1832, 1991

Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294:716–724, 2005

Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K: Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol* 69:543–52, 2010

Campbell CI, Weisner C, Leresche L, Ray GT, Saunders K, Sullivan MD, Banta-Green CJ, Merrill JO, Silverberg MJ, Boudreau D, Satre DD, Von Korff M: Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain. *Am J Public Health* 100:2541–2547, 2010

Chen Y, Lader M: Long-term benzodiazepine treatment: Is it ever justified? *Hum Psychopharmacol* 5: 301–312, 1990

Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Kittanamongkolchai W, Srivali N, Edmonds PJ, Ungprasert P, O'Corragain OA, Korpaisarn S, Erickson SB: Proton pump inhibitors linked to hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ren Fail* 37:1237–1241, 2015

Chiatti C, Bustacchini S, Furneri G, Mantovani L, Cristiani M, Misuraca C, Lattanzio F: The economic burden of inappropriate drug prescribing, lack of adherence and compliance, adverse drug events in older people: a systematic review. *Drug Saf* 35 Suppl 1:73–87, 2012

Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS: Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med* 147:156–164, 2007

ClinicalTrials.gov (online): Development of a Coordinated, Community-Based Medication Management Model for Home-Dwelling Aged in Primary Care. U.S. National Library of Medicine 2018 (viitattu 5.5.2018)
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02545257>

Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC: Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 22:303–307, 2007a

Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC: Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 22:1094–1100, 2007b

Council of Europe: Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices (online). Expert Group on Safe Medication Practices (P-SP-PH/SAFE) 2006 (viitattu 7.5.2018) www.edqm.eu/medias/fichiers/Report_2006.pdf

Dimitrow M: Development and validation of a drug-related problem risk assessment tool for use by practical nurses working with community-dwelling aged. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2016

ElDesoky ES: Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. *Am J Ther* 14:488–498, 2007

Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA: The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 354:1248–1252, 1999

EMA: European Medicines Agency concludes action on COX-2 inhibitors (online). Press release. Doc. Ref. EMEA/207766/2005. European Medicines Agency 2005 (viitattu 1.5.2018)

www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2010/01/WC500059088.pdf

Esper CD, Factor SA: Failure of recognition of drug-induced parkinsonism in the elderly. *Mov Disord* 23:401–404, 2008

Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K: What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PLoS One* 10:e0122246, 2015

Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S: Recognition and management of neuropsychiatric complications in Parkinson's disease. *CMAJ* 175:1545–1552, 2006

Flacker JM: What is a geriatric syndrome anyway? *J Am Geriatr Soc* 51:574–576, 2003

Flick U, Garms-Homolová V, Röhsch G: "And mostly they have a need for sleeping pills": physicians' views on treatment of sleep disorders with drugs in nursing homes. *J Aging Stud* 26:484–494, 2012

Forgacs I, Loganayagam A: Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ* 336:2–3, 2008

Fournier JP, Sommet A, Bourrel R, Oustric S, Pathak A, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL: Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and hypertension treatment intensification: a population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 68:1533–1540, 2012

Fried TR, Tinetti ME, Iannone L: Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med* 171:75–80, 2011

Gaeta TJ, Fiorini M, Ender K, Bove J, Diaz J: Potential drug-drug interactions in elderly patients presenting with syncope. *J Emerg Med* 22:159–162, 2002

Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB: Home care across Europe: current structure and future challenges (online). World Health Organization 2012 (viitattu 23.4.2018) www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

Gill SS, Mamdani M, Naglie G, Streiner DL, Bronskill SE, Kopp A, Shulman KI, Lee PE, Rochon PA: A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med* 165: 808–813, 2005

Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 331:1169, 2005

Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, McLachlan AJ, Cumming RG, Handelsman DJ, Le Couteur DG: Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 65:989–995, 2012

Gorard DA: Escalating polypharmacy. *Commentary. Q J Med* 99: 797–800, 2006

Gurwitz JH: Polypharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly? *Arch Intern Med* 164:1957–1959, 2004

Haanpää M: Krooninen kipu (online). Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim 2017 (viitattu 5.5.2018)
www.terveysportti.fi/libproxy.helsinki.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=krooninen%20kipu

Hagelberg N, Pertovaara A: Opioidit. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 359–378, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Hamina A, Taipale H, Tanskanen A, Tolppanen AM, Karttunen N, Pylkkänen L, Tiihonen J, Hartikainen S: Long-term use of opioids for nonmalignant pain among community-dwelling persons with and without Alzheimer disease in Finland: a nationwide register-based study. *Pain* 158:252–260, 2017

Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Use of psychotropics among home-dwelling nondemented and demented elderly. *Int J Geriatr Psych* 18: 1135–1141, 2003

Hashimoto M, Imamura T, Tanimukai S, Kazui H, Mori E: Urinary incontinence: an unrecognised adverse effect with donepezil. *Kirje. Lancet* 356:568, 2000

Helin-Salmivaara A, Klaukka T, Huupponen R: Heavy users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a nationwide prescription database study in Finland. *Eur J Clin Pharmacol* 59:477–482, 2003

Hellström Y, Persson G, Hallberg IR: Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs* 48:584–593, 2004

Herrmann N, Marras C, Fischer HD, Wang X, Anderson GM, Rochon PA: Management of neuropsychiatric symptoms in long-term care residents with Parkinson's disease: a retrospective cohort study. *Drugs Aging* 30:19–22, 2013

Hietala J, Syvälahti E: Psykoosien hoitoon tarkoitettut lääkeaineet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 379–397, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Hollingworth S, Duncan EL, Martin JH: Marked increase in proton pump inhibitors use in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 19:1019–1024, 2010

Howell MD, Novack V, Grgurich P, Soulliard D, Novack L, Pencina M, Talmor D: Iatrogenic gastric acid suppression and the risk of nosocomial *Clostridium difficile* infection. *Arch Intern Med* 170:784–790, 2010

Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN: Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ (Clinical research ed.)* 345: e8343, 2012

Hunt LM, Kreiner M, Brody H: The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. *Ann Fam Med* 10:452–460, 2012

Hutchinson C, Geissler CA, Powell JJ, Bomford A: Proton pump inhibitors suppress absorption of dietary non-haem iron in hereditary haemochromatosis. *Gut* 56:1291–1295, 2007

Huupponen R: Ruoansulatuskanavan lääkkeet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 693–705, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Illich I: Medical nemesis* (1974). *J Epidemiol Community Health* 57: 919–922, 2003

Illich I: Medical Nemesis (online). The Expropriation of Health. First American Edition, s. 3. Pantheon Books, A Division of Random House, New York 1976 (viitattu 7.5.2018)

www.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/rosner/g8965/client_edit/readings/week_2/illich.pdf

Inkinen R, Volmanen P, Hakoinen S (toim.): Turvallinen lääkehoito (online). Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 2015. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2016 (viitattu 5.5.2018) www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA: Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 55:780–791, 2007

Jensen GL, Friedmann JM, Coleman CD, Smiciklas-Wright H: Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons. *Am J Clin Nutr* 74:201–205, 2001

Johansson T, Abuzahra M, Keller S, Mann E, Faller B, Sommerauer C, Höck J, Löffler C, Köchling A, Schuler J, Flamm M, Sönnichsen A: Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 82:532–548, 2016

Johnson AG, Nguyen TV, Day RO: Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. *Ann Intern Med* 121: 289–300, 1994

Jokinen T, Skippari L, Vanakoski J: Polyfarmasia-hanke. Kotihoidon asiakkaiden lääkitystietojen selvitystyö. Osaraportti 1, kotihoitotiimien asiakkaat. Helsingin kaupunki 2007

Jyrkkä A: Kotihoidossa olevien iäkkäiden lääkitys, vältettävien ja varauksin soveltuvien lääkkeiden käyttö sekä yhteys toimintakykyyn. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, 2017

Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H: Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+Study. *Eur J Clin Pharmacol* 62:151–158, 2006

Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S: Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. *Drugs Aging* 26:493–503, 2009

Kalisch LM, Caughey GE, Roughead EE, Gilbert AL: The prescribing cascade. *Australian Prescriber* 34:162–166, 2011

Kallio S, Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Mäntylä A, Pohjanoksa-Mäntylä M, Airaksinen M: Towards interprofessional networking in medication management of the aged: current challenges and potential solutions in Finland. *Scand J Prim Health Care* 8:1–9, 2016

Kalso E, Paakkari P, Forsell M (toim.): Opioidit pitkäkestoisessa kivussa (online). 2. uudistettu painos. Lääkelaitos, 2009 (viitattu 12.9.2017)
www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf

Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL: Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. *JAMA* 314:1818–1831, 2015

Kashyap M, Tu le M, Tannenbaum C: Prevalence of commonly prescribed medications potentially contributing to urinary symptoms in a cohort of older patients seeking care for incontinence. *BMC Geriatr* 13:57, 2013

Kipu (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 (viitattu 4.5.2018)
www.kaypahoito.fi

Kivelä SL, Räihä I: Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy 2007

Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 (viitattu 4.5.2018) www.kaypahoito.fi

Koulu M, Piepponen P: Johdanto neurofarmakologiaan, neurotransmissio. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 178, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki 2007

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (online). 28.12.2012/980 (viitattu 4.5.2018) www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#a980-2012

Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA: Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA* 310:2435–2442, 2013

Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Sgadari A, Bernabei R; Silvernet-HC Study Group: Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clin Pharmacol Ther* 72:729–734, 2002

Lee PG, Cigolle C, Blaum C: The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc* 57:511–516, 2009

Leikola S, Tuomainen L, Peura S, Laurikainen A, Lyles A, Savela E, Airaksinen M: Comprehensive medication review: development of a collaborative procedure. *Int J Clin Pharm* 34:510–514, 2012

Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J: Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 32(4):180–186, 2014

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R: Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 55:809–817, 2002

Liu PT, Argento VS, Skudlarska BA: Prescribing cascade in an 80-year-old Japanese immigrant. *Geriatr Gerontol Int* 9:402–404, 2009

Lohjan kaupunki: Kotihoidon palvelualueet (online). Päivitetty 2018 (viitattu 5.5.2018) www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=250&alasivu=250

Lombardi C, Crivellaro M, Dama A, Senna G, Gargioni S, Passalacqua G: Are physicians aware of the side effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors?: a questionnaire survey in different medical categories. *Chest* 128:976–979, 2005

Lovell AR, Ernst ME: Drug-Induced Hypertension: Focus on Mechanisms and Management. *Curr Hypertens Rep* 19:39, 2017

Lähteenmäki R, Puustinen J, Vahlberg T, Lyles A, Neuvonen PJ, Partinen M, Rähä I, Kivelä SL: Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Br J Clin Pharmacol* 77:975–985, 2014

MacLagan LC, Maxwell CJ, Gandhi S, Guan J, Bell CM, Hogan DB, Daneman N, Gill SS, Morris AM, Jeffs L, Campitelli MA, Seitz DP, Bronskill SE: Frailty and Potentially Inappropriate Medication Use at Nursing Home Transition. *J Am Geriatr Soc* 65:2205–2212, 2017

Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER: Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 13:57–65, 2014

McLendon AN, Shelton PS: New symptoms in older adults: Disease or drug? *Generations* 35:25–30, 2011

Meyer TJ, Van Kooten D, Marsh S, Prochazka AV: Reduction of polypharmacy by feedback to clinicians. *J Gen Intern Med* 6:133–136, 1991

Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K, Shulman LM, Gronseth G, Weiner WJ; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology: Practice Parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 66:996–1002, 2006

Moilanen E, Kankaanranta H: Eikosanoidit ja tulehduskipulääkkeet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 307–342, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 (viitattu 4.5.2018) www.kaypahoito.fi

Neuvonen PJ: Diureetit. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 611–621, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Nguyen PV, Spinelli C: Prescribing cascade in an elderly woman. *Can Pharm J (Ott)* 149:122–124, 2016

Nikkilä M: Kohonneen verenpaineen lääkehoito (online). Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim 2016 (viitattu 28.2.2018) www.terveysportti.fi/libproxy.helsinki.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00099&p_haku=ace-est%C3%A4j%C3%A4

Nurminen J, Puustinen J, Piirtola M, Vahlberg T, Kivelä SL: Psychotropic drugs and the risk of fractures in old age: a prospective population-based study. *BMC Public Health* 10:396, 2010

Nurminen J, Puustinen J, Piirtola M, Vahlberg T, Lyles A, Kivelä SL: Opioids, antiepileptic and anticholinergic drugs and the risk of fractures in patients 65 years of age and older: a prospective population-based study. *Age Ageing* 42:318–324, 2013

Olsen CG: Delay of diagnosis and empiric treatment of angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough in office practice. *Arch Fam Med* 4: 525–528, 1995

Paakkari I, Mervaala E: Verisuonia laajentavat lääkkeet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 573–600, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI: Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatr* 16:15, 2016

Papaleontiou M, Henderson CR Jr, Turner BJ, Moore AA, Olkhovskaya Y, Amanfo L, Reid MC: Outcomes associated with opioid use in the treatment of chronic noncancer pain in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 58:1353–1369, 2010

Papapetropoulos S, Mash DC: Psychotic symptoms in Parkinson's disease. From description to etiology. *J Neurol* 252:753–764, 2005

Parkinsonin tauti (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 (viitattu 4.5.2018). www.kaypahoito.fi

Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, Hughes C: Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* (10):CD008165, 2014

Pavord ID, Chung KF: Management of chronic cough. *Lancet* 371:1375–1384, 2008

Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Kress HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P: Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 8:287–313, 2008

Pharmaceutical Care Network Europe Foundation: PCNE Classification for Drug related problems (online) (revised 14-01-2010vm) V6.2, 2010 (viitattu 10.4.2018)
www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf

Puustinen J: Benzodiazepines and cognitive functioning in older adults: with emphasis on long-term use and withdrawal, Väitöskirja. Turun yliopisto 2014

Puustinen J, Nurminen J, Löppönen M, Vahlberg T, Isoaho R, Räihä I, Kivelä SL: Use of CNS medications and cognitive decline in the aged: a longitudinal population-based study. *BMC Geriatr* 11:70, 2011

Puustinen J, Lähteenmäki R, Polo-Kantola P, Salo P, Vahlberg T, Lyles A, Neuvonen PJ, Partinen M, Räihä I, Kivelä SL: Effect of withdrawal from long-term use of temazepam, zopiclone or zolpidem as hypnotic agents on cognition in older adults. *Eur J Clin Pharmacol* 70:319–329, 2014

Puustinen J, Lähteenmäki R, Neuvonen PJ, Kivelä SL: Miten vieroittaa iäkäs potilas unilääkkeestä? (online) *Potilaan Lääkärilehti* 18.5.2016 (viitattu 30.4.2018).
www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/miten-vieroittaa-iakas-potilas-unilaakkeesta/

Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST: Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA* 300:2867–2878, 2008

Rane PP, Guha S, Chatterjee S, Aparasu RR: Prevalence and predictors of non-evidence based proton pump inhibitor use among elderly nursing home residents in the US. *Res Social Adm Pharm* 13:358–363, 2017

Reason J: Human error – models and management. *Brit Med J* 320:768–770, 2000

Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD: Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging* 30:793–807, 2013

Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S: A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 80:1254–1268, 2015

Reeve E, Low LF, Hilmer SN: Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract* 66:e552–560, 2016

Rinne J, Koulu M: Alzheimerin taudin lääkkeet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 503–510, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Rochon PA, Gurwitz JH: Drug therapy. *Lancet* 346: 32–36, 1995

Rochon PA, Gurwitz JH: Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 315:1096–1099, 1997

Rosenberg J, Rochon PA, Gill SS: Unveiling a prescribing cascade in an older man. *J Am Geriatr Soc* 62:580–581, 2014

Rovasalo A: Bentsodiatsepiinien pitkäaikainen käyttö ja vieroitus. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat, Kustannus Oy Duodecim 2016

Ruby CM, Hanlon JT, Fillenbaum GG, Pieper CF, Branch LG, Bump RC: Medication use and control of urination among community-dwelling older adults. *J Aging Health* 17:661–674, 2005

Ruskoaho J, Parmanne P, Vänskä J: Erikoisalojen lääkärimäärät kehittyvät eri suuntiin (online). *Suomen Lääkärilehti* 70: 1524–1525, 2015 (viitattu 30.4.2018)
www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/sll212015-1524_erikoisalojen_laakarimaarat_kehittyvat_eri_suuntiin.pdf

Savica R, Grossardt BR, Bower JH, Ahlskog JE, Mielke MM, Rocca WA: Incidence and time trends of drug-induced parkinsonism: A 30-year population-based study. *Mov Disord* 32:227–234, 2017

Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjdic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH: Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 175:827–834, 2015

Sosiaali- ja terveysministeriö: Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet (online). 30.12.2014/1301 (viitattu 4.5.2018)
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301

Sosiaali- ja terveysministeriö: Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet (online). Tiedote N5-38192, 2007 (viitattu 5.5.2018)
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/trygg-lakemedelsbehandling-for-aldre-kommunernas-forpliktelse

Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkepolitiikka 2020 - Kohti tehokasta, turvallista, taroituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä (online). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2, s. 26–27. Helsinki 2011 (viitattu 7.5.2018)
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71829/URN%3aNBN%3afe201504226219.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (online). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:1, s. 34–35. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013 (viitattu 7.5.2018)
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö: Reseptien voimassaoloaika pitenee vuodesta kahteen vuoteen (online). Tiedote 2015 (viitattu 5.5.2018) http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/reseptien-voimassaoloaika-pitenee-vuodesta-kahteen-vuoteen

Sosiaali- ja terveysministeriö: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O-kärkihanke) (online). Kärkihankkeet ja säädösvalmistelu. Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a (viitattu 5.5.2018) <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Sosiaali- ja terveysministeriö: Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Loppuraportti (online). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 15/2018. Helsinki 2018b (viitattu 23.4.2018) http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160659/15_RATI_toimeenpano_ohjelma_loppuraportti.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Franklin BD, Tulkens PM, Wilmotte L, Lorant V: Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. *BMJ* 331:935, 2005

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO: Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto (online). Stakes, Työpapereita 28/2006, Helsinki 2006 (viitattu 7.5.2018) www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1

Steel K, Rittgers J: Iatrogenic disease. Kirjassa: Encyclopedia of health & aging (online). s. 287–290. Toim. Markides, KS. Sage Publications, Los Angeles 2007

Syvälähti E, Hietala J: Ahdistuneisuus- ja unihäiriöiden lääkeaineet. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia. s. 413–426, 8. uudistettu painos. Toim. Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio 2012

Taipale H, Koponen M, Tanskanen A, Tolppanen AM, Tiuhonen J, Hartikainen S: Long-term use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling individuals with and without Alzheimer's disease. *Int Clin Psychopharmacol* 30:202–208, 2015

Tannenbaum C, Johnell K: Managing therapeutic competition in patients with heart failure, lower urinary tract symptoms and incontinence. *Drugs Aging* 31:93–101, 2014

Teramura-Grönblad M, Hosia-Randell H, Muurinen S, Pitkala K: Use of proton-pump inhibitors and their associated risks among frail elderly nursing home residents. *Scand J Prim Health Care* 28:154–159, 2010

Terveydenhuoltolaki (online). 30.12.2010/1326 (viitattu 4.5.2018) www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Toimintakyvyn ulottuvuudet (online). Päivitetty 13.8.2015 (viitattu 4.5.2018) www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyvyn-ulottuvuudet

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Sosiaali- ja terveystilastollinen vuosikirja 2015 (online). SVT Sosiaaliturva 2015. Juvenes Print –Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2016 (viitattu 4.5.2018) www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129792/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202015%20web.pdf?sequence=5

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kotihoidon asiakasmäärä kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt (online). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 11.4.2017 (viitattu 4.5.2018) www.thl.fi/fi/-/kotihoito-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Sosiaali- ja terveystilastollinen vuosikirja 2017 (online). SVT Sosiaaliturva 2017. Juvenes Print –Suomen Yliopistopaino Oy, Helsinki 2018 (viitattu 4.5.2018) www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135959/URN_ISBN_978-952-302-970-5.pdf?sequence=1

The Joint Commission: Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Technique (online). 5.painos USA, 2015 (viitattu 4.5.2018) www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/EBRCA15Sample.pdf

Toivo T, Airaksinen M: Kotihoidossa olevien ikääntyvien turvallisen lääkehoidon varmistaminen koordinoitulla toimintamallilla (online). Yhteenveto tutkimushankkeesta (Dnro 46/26/2014) 2017 (viitattu 5.5.2018) www.kela.fi/documents/10180/3908005/Toivo_Kotihoidossaolevienikaantyyvienlaakehoidonvarmistaminen.pdf/b95d472a-1180-4802-9287-72e3c224d5d2

Toivo T, Dimitrow M, Puustinen J, Savela E, Pelkonen K, Kiuru V, Suominen T, Kinnunen S, Uunimäki M, Kivelä SL, Leikola S, Airaksinen M: Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness. *BMC Geriatr* 18:74, 2018

Turk DC, Swanson KS, Gatchel R: Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *Clin J Pain* 24:497–508, 2008

Työryhmä apteekkien ammatillisen toiminnan edistämiseksi (AATE-ryhmä): Lääkehoidon arvioinnin osaamistavoitteet farmaseuteille ja proviisoreille eri toimintaympäristöihin (online). *Dosis Farmaseuttinen aikakauskirja* 33:199–209, 2017 (viitattu 7.5.2018) https://dosis.fi/wp-content/uploads/2018/03/Dosis_3_2017.pdf

Unettomuus (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018 (viitattu 5.5.2018). www.kaypahoito.fi

Vaapio S, Puustinen J, Salminen MJ, Vahlberg T, Salonoja M, Lyles A, Kivelä SL: Symptoms Associated with Long-term Benzodiazepine Use in Elderly Individuals Aged 65 Years and Older: A Longitudinal Descriptive Study. *Int J Gerontol* 9:34–39, 2015

Veehof LJ, Stewart RE, Meyboom-de Jong B, Haaijer-Ruskamp FM: Adverse drug reactions and polypharmacy in the elderly in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 55:533–536, 1999

Vegter S, de Jong-van den Berg LTW: Misdiagnosis and mistreatment of a common side-effect - Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough. *Br J Clin Pharmacol* 69: 200–203, 2010

Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, Ross-Degnan D: Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med* 164:1567–1572, 2004

Wang MT, Lian PW, Yeh CB, Yen CH, Ma KH, Chan AL: Incidence, prescription patterns, and determinants of antipsychotic use in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 26:1663–1669, 2011

White WB: Cardiovascular effects of the cyclooxygenase inhibitors. *Hypertension* 49:408–418, 2007

WHO Policy Perspectives on Medicines: Promoting rational use of medicines: core components (online). World Health Organization, Geneva 2002 (viitattu 7.5.2018) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf;jsessionid=E6814A9736DA5761E0BD652C40010E30?sequence=1

Wolfe MM, Sachs G: Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology* 118:S9–31, 2000

Wongrakpanich S, Wongrakpanich A, Melhado K, Rangaswami J: A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly. *Aging Dis* 9: 143–150, 2018

World Health Organization: The rational use of drugs - Report of the Conference of Experts (online). s. 299. World Health Organization. Geneva 1985 (viitattu 4.5.2018) <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>

World Health Organization: Safety Monitoring of Medicinal Products: Guidelines for Setting Up and Running a Pharmacovigilance Centre (online). The Uppsala Monitoring Centre 2002 (viitattu 7.5.2018) <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2934e/14.html>

Xing D, Ma XL, Ma JX, Wang J, Yang Y, Chen Y: Association between use of benzodiazepines and risk of fractures: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 25:105–120, 2014

Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC: Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. *JAMA* 296:2947–2953, 2006

LIITE 1. Tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupahakemus, 20.5.2016

Lohjan kaupunki
PERUSTURVATOIMI

Perusturvajohtaja
vs. Mira Unimäki
PL 71
08101 LOHJA

Asia: TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuksen nimi: Monilääkityksen juurisyyt kotihoidon asiakkailla iatrogeneesin näkökulmasta

Haemme kohteliaimmin Lohjan perusturvatoimelta tutkimuslupaa pro gradu-tutkielmaa varten.

Pro gradu – tutkielma toteutetaan vuonna 2015 käynnistyneen interventiotutkimuksen sisällä. Interventiotutkimuksella on HUS:n koordinoivan eettisen toimikunnan antama puoltava lausunto (15.7.2015, 153/13/03/00/15). Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää epätarkoituksenmukaiseen monilääkitykseen johtaneita taustatekijöitä iäkkäillä kotihoidon asiakkailla. Aineistona tässä käytetään interventiotutkimuksessa lääkehoidon kokonaisarviointiin valikoituneita potilastapauksia (määrä alustavasti 3-4). Lääkehoidon kokonaisarviointeja varten tarvittavia potilastietoja on pyydetty kotihoidon kautta jo arviointeja tehtäessä. Lisäksi opiskelija tulee mukaan lääkehoidon kokonaisarviointeihin liittyville seurantakäynneille, joihin sisältyy tutkittavan (kotihoidon asiakkaan) haastattelu. Näissä haastatteluissa on mahdollista saada selville tutkittavan näkemys siihen, miksi lääkitys on muotoutunut sellaiseksi kuin se on. Lisäksi selvitetään tutkittavan hoitajien ja mahdollisesti lääkärien näkemyksiä lääkityksen kertymiselle.

Pro gradun tekijä: proviisoriopiskelija, farmaseutti Maaria Luoma

Ohjaajat: proviisori, LHKA-erityispätevyys, tohtorikoulutettava Terhi Toivo, Helsingin yliopisto ja professori Marja Airaksinen, Helsingin yliopisto

Liite: Tutkimussuunnitelma

20.5.2016

Terhi Toivo

projektikoordinaattori (Lohja-projekti),
proviisori (LHKA-pätevyys), tohtorikoulutettava
Kliinisen farmasian ryhmä, farmakologian ja lääkehoidon osasto
Viikinkaari 5 E (PL 56)
00014 Helsingin yliopisto
puh. [REDACTED]
terhi.toivo@helsinki.fi

Maaria Luoma

farmaseutti, proviisoriopiskelija
maaria.luoma@helsinki.fi
puh. [REDACTED]

LIITE 2. Tutkimuslupa

LOHJA

Viranhaltijapäätös

Perusturvajohtaja

30.5.2016

§ 20

Tutkimuslupa / Terhi Toivo ja Maaria Luoma

Projektikoordinaattori Terhi Toivo ja farmaseutti, proviisoriopiskelija Maaria Luoma ovat hakeneet 20.5.2016 päivätyllä hakemuksellaan tutkimuslupaa pro gradu -tutkielmalle: Monilääkityksen juurisyyt kotihoidon asiakkailla iatrogeneesin näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma toteutetaan vuonna 2015 käynnistyneen interventiotutkimuksen sisällä (ptj:n päätös 8.3.2016, § 2).

Tutkimuslupahakemus liitteenä.

Päätös Myönnetään tutkimusluvan tutkimuslupahakemuksen mukaisesti.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Perusturvajohtaja, vt.


Mira Uunimäki

Pöytäkirjan nähtävilläolo ja oikaisuvaatimusohje

Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 6.6.2016 Lohjan perusturvatoimessa, Kalevank. 4, 08100 Lohja.

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen Lohjan perusturvalautakunnalle, osoite PL 71, 08101 Lohja. Oikaisuvaatimuksesta on selvästi käytävä ilmi päätös, johon oikaisua haetaan (päätöksentekijä, pykälä, päivämäärä). Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon 7 päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä ja kunnan jäsenen, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville.

Otteen oikeaksi todistaminen ja täytäntöönpano

Otteen oikeaksi todistaa Lohjalla 30.5.2016


Raija Tuomainen, johdon sihteeri

Täytäntöönpano
Lähetetty tiedoksi sähköpostilla 30.5.2016
- Terhi Toivo ja Maaria Luoma
- Tuula Suominen
- Sirkka Kinnunen

LIITE 3. Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE

12.1.2017, Helsinki

Hyvät Lohjan kotihoidon hoitajat ja lääkärit,

Toteutan pro gradu -tutkielmani osana Lohjalla vuonna 2015 alkanutta interventiotutkimusta (Turvallisen lääkehoidon varmistaminen ikääntyneiden kotihoidossa koordinoitulla toimintamallilla). Pro gradu -tutkielman tavoitteena on selvittää perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla piileviä syitä iäkkäillä kotihoidon asiakkaille yleisellä ryhmätasolla. Tutkimustulosten avulla voidaan edistää turvallista ja tehokasta (rationaalista) lääkehoitoa sekä tunnistaa ja ehkäistä perusteetonta lääkitysten kertymistä.

Aineistona käytetään viiden lääkehoidon kokonaisarviointiin Lohjan interventiotutkimuksessa valikoituneen kotihoidon asiakkaiden potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjojen sisältöä on aiemmin hyödynnetty kokonaisarvioiteja tehtäessä. Lisäksi osallistun asianomaisten kotihoidon asiakkaiden ja/tai heidän omaistensa luvalla lääkehoidon kokonaisarviointien aloitus- tai seurantakäynnille. Tarkoituksena on saada lyhyellä haastattelulla asiakkaan oma ja/tai hänen omaisensa näkemys lääkkeiden kertymiseen ja lääkitysongelmiin johtaneista syistä. Hoitohenkilökunnan näkemyksen saadakseni haastattelen yksilöllisesti myös asiakkaiden hoitajia, hoitoon osallistuvia lääkäreitä sekä lääkehoidon kokonaisarvioinnit suorittaneita proviisoreja.

Osa kotihoidon asiakkaiden haastatteluista toteutettiin pro gradu -tutkielmaa varten alkukesällä 2016, ja loput asiakashaastattelut tehdään tammikuussa 2017. Hoitohenkilökunnan haastattelut sekä potilasasiakirjojen tutkiminen ajoittuvat vuodelle 2017. Haastatteluajankohdat sovitaan hoitohenkilökunnan kanssa erikseen. Haastattelukysymykset lähetetään haastatteluihin valituille hoitajille ja lääkäreille etukäteen. Haastatteluun voi valmistautua haastattelukysymyksiin sekä asianomaisten kotihoidon asiakkaiden hoitohistoriaan ja lääkitykseen paneutumalla. Hoitajien ja lääkäreiden arvioitu haastatteluaika on noin 0,5–1 tuntia.

Tutkimuksessa ei kuvata yksityiskohtaisesti yksittäisten kotihoidon asiakkaiden hoitohistoriaa tai lääkitystä. Haastatteluja ei nauhoiteta, mutta niistä laaditaan kirjalliset muistutpanot. Haastateltavien nimiä ei julkaista, ja kaikkien tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys salataan koodauksella. Aineisto kootaan ja analysoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäisten kotihoidon asiakkaiden tiedot eivät ole tunnistettavissa. Aineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja siihen on pääsy ainoastaan allekirjoittaneella sekä pro gradu -tutkielman ohjaajilla.

Interventiotutkimuksella on HUS:n koordinoivan eettisen toimikunnan antama puoltava lausunto (15.7.2015, 153/13/03/00/15), jonka puitteissa tutkimus toteutetaan. Lisäksi pro gradu -tutkielmalle on myönnetty tutkimuslupa Lohjan perusturvasta (30.5.2016, § 20).

Vastaan mielelläni kysymyksiin tutkimukseeni liittyen.

Lämmin kiitos jo etukäteen kaikille tutkimukseen osallistuville!

Maaria Luoma
farmaseutti, proviisoriopiskelija
maaria.luoma@helsinki.fi, puh. [REDACTED]
Kliinisen farmasian ryhmä, farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto

Ohjaajat: Terhi Toivo (Lohja-projektin koordinaattori, proviisori (LHKA-pätevyys), tohtorikoulutettava, HY, terhi.toivo@helsinki.fi, puh. [REDACTED])
Marja Airaksinen (professori, Farmasian tiedekunta, HY)
Juha Puustinen (Lohja-projektin vastaava lääkäri, LT, neurologian erikoislääkäri, dosentti (HY))

LIITE 4. Tutkimuksen muutoslupa

LOHJA

Viranhaltijapäätös

Palvelualuejohtaja (ikäntyneiden palvelualue)

11.10.2017

§ 32

Tutkimuslupa Monilääkityksen juurisyyt kotihoidon asiakkaila iatrogeneesin näkökulmasta pro gradu-tutkielmalle / Terhi Toivo ja Maaria Luoma

Palvelualuejohtaja päättää tutkimusluvasta Lohjan kaupungin hallintosäännön 5 luku 2 § kohta 2 mukaisesti.

Projektikoordinaattori Terhi Toivolle ja farmaseutti, proviisoriopiskelija Maaria Luomale on myönnetty tutkimuslupa vt perusturvajohtajan päätöksellä 30.5.2016 § 20. Aiemmassa tutkimuslupa-anomuksessa aineistonkeruu on suunniteltu toteutettavaksi haastatteluina ilman nauhoitusta. Nyt kuitenkin pro gradu -tutkielman edettyä tähän aineistonkeruuvaiheeseen on todettu tarpeelliseksi nauhoittaa hoitajien ja lääkäreiden haastattelut aineiston laadukkaan analyysin varmistamiseksi.

Päätös Myönnetään tutkimusluvasta muutoksen esittelytekstissä kuvattuna mukaisesti.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Palvelualuejohtaja (ikäntyneiden palvelualue)
vs. palvelualuejohtaja (työikäisten palvelualue)


Tuula Suominen

Pöytäkirjan nähtävilläolo ja oikaisuvaatimusohje

Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 23.10.2017 kaupungin internet-sivuilla.

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen Lohjan sosiaali- ja terveystalokunnalle

osoite: PL 71, 08101 Lohja / kirjaamo@lohja.fi / fax 019 369 1326

Virastoaiika: ma-to 8.00-16.00, pe ja aattopäivinä 8.00-15.00.

Oikaisuvaatimuksesta on selvästi käytävä ilmi päätös, johon oikaisua haetaan (päättöksehtekijä, pykälä, päivääärä) sekä oikaisuvaatimuksen tekijän tiedot.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.

Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän (7) päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä tai kolmen (3) päivän kuluessa, jos tiedoksianto tapahtuu sähköisen asiointivälineen kautta.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän (7) päivän kuluttua, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville kaupungin internet-sivuilla.

Otteen oikeaksi todistaminen ja täytäntöönpano

Otteen oikeaksi todistaa Lohjalla 18.10.2017

LIITE 5: Haastattelukutsu terveydenhuollon ammattihenkilölle

KUTSU HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN

8.12.2017 Helsinki

Hyvä hoitaja/lääkäri,

Teen pro gradu -tutkielmaa aiheesta ”Perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien juurisyyt iäkkäillä kotihoidon asiakkaila iatrogeneesin näkökulmasta”. Tutkimuksen tarkoituksena on yksilölähtöisten syiden sijaan selvittää järjestelmälähtöisiä, terveydenhuollon rakenteisiin liittyviä syitä perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien kehittymiselle iäkkäillä kotihoidon asiakkaila.

Tutkimus toteutetaan vuonna 2015 Lohjalla aloitetun interventiotutkimuksen ”Turvallisen lääkehoidon varmistaminen ikääntyneiden kotihoidossa koordinoitulla toimintamallilla” sisällä. Tutkimukselleni on myönnetty tutkimuslupa Lohjan perusturvasta, ja tutkimus toteutetaan interventiotutkimukselle annetun puoltavan eettisen lausunnon puitteissa. Tutkimusaineistonani käytän viiden interventiotutkimuksessa lääkehoidon kokonaisarviointiin osallistuneen kotihoidon asiakkaan potilasasiakirjoja, heidän yksilöhaastattelujaan sekä heidän hoitoonsa osallistuneiden hoitajien ja lääkäreiden yksilöhaastatteluja. Potilasasiakirjojen sisältöä on jo aiemmin hyödynnetty lääkehoidon kokonaisarviointeja tehtäessä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Asiakashaastattelut on toteutettu jo aikaisemmin lääkehoidon kokonaisarviointiin liittyvien seurantakäyntien yhteydessä. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen haastattelujen nauhoittamiseen on pyydetty lupa Lohjan perusturvasta. Haastattelun alussa haastateltavalta pyydetään kirjallinen suostumus haastattelun nauhoittamiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen haastattelukysymykset jakautuvat kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilaa selvittäviin yleisiin kysymyksiin sekä yksittäisen kotihoidon asiakkaan lääkehoitoon liittyviin kysymyksiin. Haastatteluun voi valmistautua perehtymällä etukäteen sähköpostitse lähetettäviin haastattelukysymyksiin sekä paneutumalla asianomaisen kotihoidon asiakkaan hoitohistoriaan ja lääkitykseen. Haastattelujen arvioitu kesto on noin tunti. Nauhoitukset hävitetään viimeistään vuoden kuluttua pro gradu -tutkielman valmistumisen jälkeen.

Tutkimusaineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömänä, ja siihen on pääsy ainoastaan allekirjoittaneella ja hänen pro gradu -tutkielmansa ohjaajilla. Tutkimuksessa ei kuvata yksityiskohtaisesti yksittäisten kotihoidon asiakkaiden hoitohistoriaa tai lääkitystä. Kotihoidon asiakkaita tai terveydenhuollon ammattihenkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa valmiista pro gradu -tutkielmasta. Tutkimus antaa tärkeää tietoa turvallisen ja rationaalisen lääkehoidon edistämiskeinoista sekä perusteettoman monilääkityksen tunnistamisesta ja ehkäisemisestä. Vastaan mielelläni tutkimukseeni liittyviin kysymyksiin.

Yhteistyöstä lämpimästi kiittäen

Maaria Luoma

Proviisoripöytäkirja, farmaseutti

Kliinisen farmasian ryhmä, Farmakologian ja lääkehoidon osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto
maaria.luoma@helsinki.fi, puh. [REDACTED]

Ohjaajat:

Terhi Toivo

Lohja-projektin koordinaattori, proviisori, LHKA-pätevyys, tohtorikoulutettava

Kliinisen farmasian ryhmä, Farmakologian ja lääkehoidon osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto

Marja Airaksinen

Sosiaalfarmasian professori

Kliinisen farmasian ryhmä, Farmakologian ja lääkehoidon osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto

Juha Puustinen

Lohja-projektin vastaava lääkäri, kliinisen lääkehoidon dosentti, osastonylilääkäri (SATSHP)

Kliinisen farmasian ryhmä, Farmakologian ja lääkehoidon osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto

LIITE 6. Haastattelun kulkusuunnitelma

Hoitajille ja lääkäreille esitettävien graduhaastattelujen kulkusuunnitelma

- 1) **Haastattelijan esittely:** Maaria Luoma, proviisoriopiskelija Helsingin yliopistosta

Pro gradu -tutkielman aihe:

PERUSTEETTOMAN MONILÄÄKITYKSEN JA LÄÄKITYSONGELMIEN JUURISYYT
IÄKKÄILLÄ KOTIHOIDON ASIAKKAILLA IATROGENEESIN NÄKÖKULMASTA

- Valmistaudu selittämään selkokielellä

- 2) Kiitetään haastateltavaa osallistumisesta tutkimukseen ja varmistetaan vielä, että käsiteltävänä on oikea asiakastapaus (koodi, nimi)
- 3) Kerrotaan haastateltavalle, että
 - ainoastaan pro gradu -tutkielman tekijällä ja ohjaajilla on pääsy haastatteluaineistoon ja aineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti
 - haastatteluaineistoa käsitellään ja analysoidaan nimettömänä ja koodattuna eikä kotihoidon asiakkaiden tai terveydenhuoltohenkilöstön henkilöllisyyksiä paljasteta tutkimuksen aikana tai lopullisessa pro gradu -tutkielmassa
 - pro gradu -tutkielmassa ei kuvata yksityiskohtaisesti yksittäisten haastattelujen tai potilasaineiston sisältöä, vaan löydöksiä kuvataan yleisellä ryhmätasolla (ei case-kuvauksia)
 - materiaali tullaan hävittämään aineiston analyysin jälkeen
 - tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä kotihoidon asiakkaiden lääkityksen tilanteeseen, vaan juurisyyanalyysin (*root cause analysis*) periaatteen mukaisesti selvittää lääkitysongelmien taustalla olevia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteisiin liittyviä syitä
- 4) Pyydetään haastateltavalta lupa haastattelun nauhoitukseen (nauhalle)
- 5) **Yleisiä kysymyksiä** liittyen iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen: osa 1)
- 6) **Asiakastapauskohtaiset kysymykset:** osa 2)
- 7) **Lisää yleisiä kysymyksiä** liittyen iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen: osa 3)
- 8) Paljon kiitoksia haastattelusta ja osallistumisesta tutkimukseen! Pro gradu -tutkielman on tarkoitus valmistua kevääseen 2018 mennessä.
- 9) Vastaan mielelläni tutkimukseen liittyviin kysymyksiin ja kommentteihin myös myöhemmin.

LIITE 7. Suostumuslomake haastattelun nauhoittamiseen

SUOSTUMUSLOMAKE HAASTATTELUN NAUHOITTAMISEEN

Tervetuloa tutkimukseen!

Hyvä hoitaja/lääkäri,

Kiitos lupautumisestanne haastatteluun, joka on osa pro gradu -tutkielmani ”Perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien juurisyys iäkkäillä kotihoidon asiakkailla iatrogeneesin näkökulmasta” aineistoa. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteeseen, vaan selvittää asiakkaiden monilääkityksen ja lääkitysongelmien taustalla olevia järjestelmälähtöisiä, terveydenhuollon rakenteisiin liittyviä syitä. Pro gradu -tutkielmassa ei kuvata yksityiskohtaisesti yksittäisten haastattelujen tai potilasaineiston sisältöä, vaan löydöksiä kuvataan yleisellä ryhmätasolla.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelujen arvioitu kesto on noin tunti. Aineiston analyysin helpottamiseksi ja sen laadun takaamiseksi haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluaineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyyksiä paljasteta. Kotihoidon asiakkaita tai terveydenhuollon ammattihenkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa valmiista pro gradu -tutkielmasta. Haastatteluaineistoon on pääsy ainoastaan pro gradu -tutkielman tekijä Maaria Luomalla sekä hänen ohjaajillaan. Haastatteluaineisto hävitetään viimeistään vuoden kuluttua pro gradu -tutkielman valmistumisesta.

Maaria Luoma
Proviisoriopiskelija, farmaseutti
Kliinisen farmasian ryhmä
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto
maaria.luoma@helsinki.fi, puh. [REDACTED]

Olen lukenut tämän lomakkeen ja annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen.

Nimi ja allekirjoitus

Paikka ja aika

LIITE 8. Yleiset haastattelukysymykset terveydenhuollon ammattihenkilöille

Maaria Luoma, proviisoriopiskelija
Kliinisen farmasian ryhmä, farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto
Syksy 2017– Kevät 2018

PRO GRADU -TUTKIELMAN HAASTATTELUKYSYMYKSET LOHJAN KOTIHOIDON HOITAJILLE JA LÄÄKÄREILLE

1) Yleisiä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkityksiin liittyviä kysymyksiä:

1. Mitkä ovat mielestänne keskeisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat iäkkäillä kotihoidon asiakkailla?
2. Mitkä ovat mielestänne keskeisimmät hoidollisesti merkittävien lääkehoidon ongelmien syntymiseen vaikuttavat tekijät iäkkäillä kotihoidon asiakkailla?
Esim. kotihoidon toimintaan, asiakkaan terveydentilaan, lääkehoidon seurantaan tai asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön väliseen yhteistyöhön liittyen
3. Korostuuko mielestänne iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkityksissä yleisesti jokin ongelmallinen lääke/lääkeaine/lääkeaineryhmä? Jos korostuu, mikä/mitkä ja miksi?
4. Mikä mielestänne johtaa suunnittelemattoman monilääkityksen kehittymiseen iäkkäillä kotihoidon asiakkailla? Miten tätä voitaisiin ehkäistä?
5. Muita yleisiä kommentteja ikääntyvien lääkehoidon toteutukseen liittyen

2) Asiakastapauskohtaiset kysymykset:

1. Mitkä ovat/olivat mielestänne asiakkaan keskeisimmät hoidollisesti merkittävät lääkehoidon ongelmat?
2. a) Mitkä ovat/olivat mielestänne keskeisimmät asiakkaan hoidollisesti merkittävien lääkehoidon ongelmien syntymiseen vaikuttaneet tekijät?
Esim. kotihoidon toimintaan, asiakkaan terveydentilaan, lääkehoidon seurantaan tai asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön väliseen yhteistyöhön liittyen
b) Miten ongelmien syntymistä olisi voitu ehkäistä kyseisen asiakkaan kohdalla?
3. a) Onko/Oliko asiakkaalla jokin lääke, jonka koette olevan/olleen erityisen tärkeä asiakkaan hyvinvoinnin kannalta? Mikä/mitkä? Miksi?

- b) Onko/Oliko asiakkaalla jokin lääke, jonka koette olevan/olleen asiakkaalle tarpeeton? Mikä/mitkä? Miksi?
- c) Puuttuuko/Puuttuiko asiakkaalta jokin hoidollisista syistä perusteltu lääke?
- d) Onko/Oliko asiakkaalla jokin lääke tarpeettoman pitkään käytössään? Mikä, miksi?
4. Muut asiakaskohtaiset kysymykset liittyen käsiteltävään LHKA-asiakastapaukseen (*kts. erillinen lomake*)
5. Millä perusteella LHKA:ssa esiin tulleita muutosehdotuksia jätettiin toteuttamatta kyseisen kotihoidon asiakkaan kohdalla?
- 3) **Lisää iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkityksiin liittyviä yleisiä kysymyksiä:**
1. Mitkä tekijät mielestänne yleisesti ottaen hankaloittavat lääkärin päätöstä
- aloittaa lääkitys
 - lopettaa lääkitys
 - muuttaa lääkkeen annostusta iäkkään kotihoidon asiakkaan kohdalla?
- Erityisenä mielenkiinnon kohteena ovat bentsodiatsepiinien, unilääkkeiden, antipsykoottien, masennuslääkkeiden ja vahvojen kipulääkkeiden aloittamisen ja hoidon jatkamisen taustalla olevat tekijät.*
2. Kun lääkärille kerrotaan (asiakas itse, hoitaja tai omainen) iäkkäällä kotihoidon asiakkaalla ilmenneestä uudesta oireesta/vaivasta
- mitä tietoja lääkäri hyödyntää diagnoosin teossa?
 - kuinka usein oireen taustalla havaitaan olevan lääkitykseen liittyvä ongelma?
3. Minkälaiset mahdollisuudet lääkäreillä on kotihoidon asiakkaiden kohdalla
- arvioida lääkityksiä potilaskohtaisesti?
 - arvioida lääkkeiden tarpeellisuutta?
 - tarkistaa annostuksia, hoitosuosituksia ja lääkkeiden soveltuvuutta iäkkäille? Miksi?
4. Tarvittaessa otettaviksi ja tilapäiseen käyttöön tarkoitetut lääkkeet (*esim. antipsykootit, unilääkkeet, PPI-lääkkeet*):
- Miten hyvin hoitajat ovat tietoisia siitä, jos jokin lääke on määrätty asiakkaalle vain tarvittaessa otettavaksi tai tilapäiseen käyttöön?
 - Miten tällaisen lääkkeen tarvetta tai tarpeettomuutta arvioidaan hoitotyössä, ja miten hoitajat viestivät siitä lääkärille?

5. Miten iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden vointia ja lääkehoidon vaikutuksia seurataan asiakkaiden kotona (*esim. diabetes, verenpaine, lääkehaitat, Marevan/ varfariini-hoito*)?
6. Käydäänkö iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkityksiä läpi säännöllisesti ja järjestelmällisesti (*esim. kerran vuodessa*)?
7. a) Millainen on lääkäreiden keskuudessa vallitseva suhtautuminen iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkitysten arviointiin?

Esim. Nähdäänkö lääkitysten karsiminen tai muiden lääkitysmuutosten tekeminen tarpeettomana toimenpiteenä, jos asiakas on hyvin iäkäs? Kuinka paljon aikaa lääkärin on mahdollista käyttää asiakkaan lääkityksen arviointiin normaalissa potilastyössä esim. lääkkeen aloituksen, lopetuksen tai annosmuutoksen yhteydessä?

b) Mitä mieltä olette farmaseutin/proviisorin osallistumisesta kotihoidon asiakkaiden lääkitysten arviointiin? Onko hyvä arvioida lääkityksiä myös farmasistin näkökulmasta vai tuleeko farmasian ammattilainen liikaa hoitajan ja/tai lääkärin vastuualueelle?

c) Onko esiintynyt käytännön ongelmia, jos hoitavan lääkärin ja/tai hoitajan mielipiteet ovat lääkehoidon arviointitilanteessa poikenneet farmaseutin/proviisorin mielipiteestä? Miten hyvin farmasistit ovat osanneet tehdä lääkehoidon arvioinnit? Onko kehittämisen varaa?

8. a) Miten ajallisesti rasittavana moniammatillinen lääkehoidon arviointi (LHA) ja lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) koetaan? Riittääkö aika muutosten tekemiseen, niiden selittämiseen potilaalle, omaisille ja hoitajille sekä muutokseen mahdollisesti liittyvien haittojen seurantaan?
- b) Miten terveydenhuoltohenkilöstö raportoi toisilleen mahdollisista lääkitysmuutosten jälkeen ilmenevistä ongelmista? Entä miten lääkitysmuutosten hyötyjä havainnoidaan?
9. Millaisena koette yhteistyön terveydenhuollon ammattilaisten (*lääkärit, hoitajat, apteekin farmaseutit/proviisorit*) ja kotihoidon asiakkaiden ja/tai heidän omaistensa välillä? Miten se toimii, miten sitä voisi kehittää?
10. Mitä mieltä yleisesti ottaen olette kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon tilanteesta? Onko jotain kehitettävää tai toivomuksia? Jos on, niin mitä?
11. Tuleeko mieleenne jotain muuta kommentoitavaa/huomioita iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkitysongelmiin ja perusteettomaan monilääkitykseen liittyen?